REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MEDECINE (Paris)

Robert Debré, Maurice Lamy et **Georges Sée.** ***Etudes et réflexions sur la dysostose cléido-cranienne*** (*Annales de Médecine*, t. 46, n° 1, Juin 1939, p. 5-26). — D., L. et S. rapportent 5 cas de cette maladie héréditaire, observés dans 4 familles, ce qui leur donne l'occasion de compléter sur certains points la description de cette maladie et de préciser les modalités suivant lesquelles elle se transmet.

Aux malformations claviculaires et craniennes, d'autres atteintes squelettiques sont habituellement associées, dont la fréquence est presque égale: la plus commune est celle de la ceinture pelvienne; celles de la face et celles du rachis viennent ensuite.

Certaines théories, parfois invoquées pour expliquer l'origine et la transmission de la maladie, ne reposent sur aucune base et doivent être rejetées: la dysostose n'a aucun lien avec une infection quelconque et, plus particulièrement avec la syphilis. Elle n'est pas essentiellement une maladie des os d'origine membraneuse. Elle n'est pas liée à une malformation de l'utérus ou des membranes.

La dysostose cléido-cranienne est une dystrophie génotypique qui paraît se transmettre comme un caractère mendélien dominant.

L. Rivet.

P. Dubost et **P. Durel.** ***Pathogénie de la cyanose observée au cours de la chimiothérapie antibactérienne par les dérivés organiques du soufre*** (*Annales de Médecine*, t. 46, n° 1, Juin 1939, p. 56-78). — Cette cyanose est bien connue lorsqu'on emploie des doses un peu importantes ou prolongées de ces produits antibactériens. Elle est parfois impressionnante, mais n'est jamais grave. D. et D. exposent d'abord les circonstances cliniques dans lesquelles on la rencontre. Puis ils envisagent sa pathogénie.

D'après une première hypothèse pathogénique, elle est due à la méthémoglobinémie ou à la sulfhémoglobinémie. Cette conception a été vivement attaquée. D. et D. exposent les résultats de la recherche de la méthémoglobine sur le sang humain examiné immédiatement après prélèvement et à l'aide d'une méthode sensible jusqu'à 5 pour 100. Ils précisent la relation unissant cyanose et méthémoglobine, le rapport avec les autres incidents de la thérapeutique, le rapport avec la réserve alcaline, le rapport avec la capacité respiratoire.

En conclusion, il leur semble, sans vouloir retenir les arguments d'ordre théorique, que la cyanose observée au cours des traitements organo-soufrés est bien due à la méthémoglobinémie, puisqu'on trouve ce pigment constamment si l'on fait l'examen aussitôt après le prélèvement et à l'aide d'une méthode sensible, dont ils exposent le détail (Dubost). Cette pathogénie est encore plus vraisemblable si l'on remarque que la capacité respiratoire diminue nettement chez les malades cyanosés.

L. Rivet.

René Burnand (Lausanne). ***La tuberculose à l'œuvre dans un groupe familial de 90 personnes. De la phtisie à la paratuberculose*** (*Annales de Médecine*, t. 46, n° 2, Juillet 1939, p. 106-128). — Le chef de cette famille est mort en 1889, à 45 ans, d'une tuberculose pulmonaire reconnue un an avant sa mort; sa femme n'avait aucune particularité notable de santé.

Ils eurent 20 enfants, dont 7 sont morts en très bas âge, et 13 ont été atteints de tuberculose ou sont morts de tuberculose, généralement à un âge assez avancé; 5 sont encore vivants, tubereuleux, après avoir été atteints pendant de longues années de cette débilité constitutionnelle que B. a dénommée la *patraquerie*. La tuberculose chez eux, souvent tardive, s'est montrée relativement bénigne, curable chez certains d'eux, revêtant pendant longtemps le masque de l'imprégnation bacillaire atténuée.

Ces 13 sujets se marièrent et eurent des enfants, si bien que la troisième génération compte 48 sujets, dont la plupart ont atteint l'âge adulte et ont même dépassé aujourd'hui la quarantaine. Sept seulement sont décédés, 4 de méningite, 2 de tuberculose pulmonaire à 24 et 32 ans. Sur les 42 survivants, 9 ont une bonne santé apparente; 5 sont atteints de tuberculose nette, mais assez bénigne. Les 27 autres souffrent tous des symptômes vagues et pénibles, chroniques et constitutionnels ressortissant à l'imprégnation tuberculeuse de virulence atténuée: maigreur, troubles dyspeptiques chroniques, hépatisme, troubles mentaux ou nerveux, retards de développement, troubles endocriniens, eczémas, psoriasis, hémophilie, anémie, troubles respiratoires récidivants, scoliose dans 1 cas. En dépit de ces troubles, le virus semble avoir perdu de sa valeur infectante, les formes manifestes de tuberculose diminuant graduellement au profit des formes d'imprégnation.

A la quatrième génération, on compte 26 enfants, et B. a pu être documenté sur 21 d'entre eux. L'un est mort à 6 mois; 10 sont bien portants; 8 souffrent de dystrophie et rachitisme, ou d'asthme; 1 d'anémie et nervosité; 1 de ganglions bronchiques. Aucun ne présente d'affection tuberculeuse confirmée. La gravité de cette tuberculose familiale continue donc à s'atténuer à mesure que l'on s'éloigne de l'aïeul responsable.

Le terme le meilleur qu'on peut adopter pour désigner tous ces cas de tuberculose d'imprégnation attribuables à la tare tuberculeuse familiale est celui de *paratuberculose*.

Parmi ces troubles, le plus fréquent de beaucoup est la dyspepsie gastro-intestino-hépatique chronique avec maigreur et nervosisme: les dyspeptiques, les maigres, les neurasthéniques sont souvent des « tuberculeux manqués ».

La transmission héréditaire de la maladie par l'intermédiaire d'un virus atténué paraît difficile à nier totalement, de même que se transmettent aux descendants des qualités humorales qui rendent le terrain de ceux-ci de plus en plus résistant.

Cette paratuberculose est relativement bénigne *quoad vitam*. Il ne s'agit pas de sujets à diriger vers des sanatoriums, mais ils doivent être surveillés, et parfois traités à la tuberculine ou à l'antigène méthylique. Mais en règle générale, ils ne doivent pas être « arrêtés ».

L. Rivet.

BORDEAUX CHIRURGICAL

Goumain et **Poinot.** ***Une forme rare de cholécystite aiguë : L'hémocholécyste*** (*Bordeaux chirurgical*, n° 3, Juillet 1939, p. 169-174). — A propos de l'observation d'une femme de 72 ans ayant présenté brutalement des douleurs épigastriques et des vomissements alimentaires, puis bilieux, chez laquelle on trouva, à l'intervention, une poche vésiculaire remplie d'un liquide sanglant, non purulent et sans odeur, G. et P. passent en revue la séméiologie et l'étiologie de l'hémocholécyste.

Le début présente un tableau de choc assez particulier avec paleur, et même état syncopal, s'accompagnant d'une baisse rapide du pouls. Dans les heures qui suivent, apparaît dans l'hypocondre droit, une tumeur très douloureuse augmentant progressivement de volume et dure à la palpation. Le diagnostic le plus souvent porté est celui de cholécystite aiguë grave ou de gangrène vésiculaire. L'intervention seule permet de rectifier le diagnostic.

On peut ranger les hémocholécystes en deux groupes, selon qu'il existe ou non une étiologie calculeuse.

Dans les hémocholécystes d'origine calculeuse, il est probable que l'hémorragie est le résultat d'une érosion de la muqueuse vésiculaire, en dehors de tout processus infectieux et de tout syndrome hémorragipare. Il s'agirait simplement de petites hémorragies mécaniques. A l'intervention on trouve plutôt de la boue biliaire que de gros calculs et on n'y constate aucune éraillure sur la paroi. Histologiquement, il y a peu d'altération de l'épithélium; au niveau du chorion, il y a des hémorragies en nappes, paraissant s'extérioriser par de toutes petites érosions du revêtement épithélial. Dans quelques cas. on a noté en plus de la lithiase, des facteurs infectieux.

Les hémocholécystes non calculeux sont très rares. On a invoqué, pour les expliquer, un épithéliome du col de la vésicule, des anévrysmes des artères cystiques, une sclérose diffuse de la vésicule. Dans d'autres cas, on les a attribués à un facteur toxique, par exemple, intoxication par le tétrachlorure de carbone ou un facteur infectieux.

L'évolution est variable. Habituellement l'hémorragie reste intra-vésiculaire; la rupture dans le péritoine ou dans l'intestin est exceptionnelle.

La thérapeutique consisterait en cholécystectomie, facilitée par l'absence d'adhérences et d'inflammation. Dans les hémocholécystites infectées il est plus prudent de commencer par une cholécystostomie, à plus forte raison s'il existait un calcul du cholédoque.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Berguignan et **Caillon.** ***Considérations pratiques sur les névralgies sciatiques par hernie des disques intervertébraux*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 30, 23 Juillet 1939, p. 455-460). — Le diagnostic étiologique de la névralgie sciatique est souvent malaisé. Dans un certain nombre de cas, B. et C. ont cherché systématiquement un facteur étiologique encore peu connu: la hernie des disques intervertébraux lombaires.

Le nucléus pulposus enfermé sous pression dans sa prison élastique peut faire hernie de divers côtés, favorisée par la faiblesse de l'anneau fibreux ou par l'augmentation brusque de la pression. La fréquence de ces hernies est difficile à traduire par des chiffres. La hernie postérieure intra-rachidienne donne lieu à la formation d'un nodule de consistance ferme. Le plus souvent c'est la moelle qui est comprimée sur les lames, parfois, c'est une racine qui cravate la hernie et se trouve étirée et poussée vers le bas. Après laminectomie, la hernie est rarement apparente; il faut pour la découvrir



CYTO-SÉRUM _ HEMO-CYTO-SÉRUM _ CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MODE D'EMPLOI : Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.

LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

inciser la dure-mère antérieure et postérieure. Avant d'être individualisées, ces hernies furent considérées comme des néoplasies du type chondromes, puis, plus tard, classées parmi les ecchondroses.

Parfois l'étude clinique du malade peut mettre sur la voie du diagnostic; il est exceptionnel qu'elle puisse l'assurer à elle seule. L'examen de la névralgie sciatique permet quelquefois de la rattacher à une compression radiculaire qui peut faire songer à une tumeur ou à une arachnoïdite.

Peuvent évoquer la possibilité d'une hernie postérieure du disque intervertébral lombaire, la notion d'un traumatisme rachidien, surtout de mouvement forcé du rachis; une période de lumbago précédant la douleur sciatique, le caractère unilatéral de la névralgie, le fait que le décubitus calme la douleur, la station et la marche l'exagèrent, la mobilisation du rachis provoque une douleur vive; l'évolution paroxystique de la douleur, avec rémission prolongée.

La ponction lombaire ne montre pas de blocage par l'épreuve de Queckenstaedt et les altérations du liquide céphalo-rachidien peu significatives. Seul l'examen lipiodolé rachidien permet d'affirmer le diagnostic.

Le traitement consiste en repos en décubitus, injections cocaïnées intra-vertébrales, radiothérapie. Si malgré cette thérapeutique, l'affection se prolonge ou récidive, on est en droit de tenter une laminectomie, l'ablation du nodule ; quelques auteurs y associent une greffe d'Albee.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

R. de Leszczynski. ***Essai sur le diagnostic fonctionnel de la peau*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 3, Mars 1939, p. 177-191). — L. passe en revue les méthodes d'exploration de la peau vivante afin d'en déduire un diagnostic fonctionnel de la peau.

Après avoir montré les renseignements que l'on peut tirer de l'inspection, palpation, colorimétrie, thermométrie, esthésiométrie, diaphanoscopie, capillaroscopie de la peau, des méthodes de pression positive et négative, L. signale les diverses méthodes d'exploration pharmacodynamique de la peau, dont les principales sont: la réaction de Dopa (dioxyphénylalanine) de Bloch, les diverses cuti-, dermo- et intradermo-réactions, l'exploration du contenu des bulles artificielles provoquées par le vésicatoire, la méthode d'Aldrich et Mc Clure (injection d'une solution de chlorure de sodium), l'épreuve de Brugsch sur le fer dans la peau, l'épreuve de Klein sur la bilirubine, les épreuves du rouge de Congo, du bleu de trypan (Leszczynski), l'épreuve avec la papule au tournesol de Leszczynski et Falik pour l'exploration du pouvoir alcalinisant de la peau, l'épreuve à l'histidine de Loeper pour déterminer l'acidose de la peau, l'examen du pouvoir oxydo-réducteur de la peau (Leszczynski et Falik), l'épreuve épicutanée à l'éosine de Gougerot, l'épreuve sous-épidermique de Rotter au dichlorophénolindophénol pour démontrer la présence de vitamine C dans la peau.

Toutes ces méthodes permettent de déceler certaines altérations des fonctions et du biochimisme de la peau; mais nous manquons encore de méthodes pour contrôler dans la peau vivante le métabolisme des protéines, des hydrates de carbone, des graisses, du soufre, le taux des hormones, des vitamines, etc.

R. BURNIER.

Touraine et **Duperrat.** ***La gangrène post-opératoire progressive de la peau*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 4, Avril 1939, p. 257-285). — La gangrène post-opératoire est due à l'*infection secondaire* de la plaie cutanée, après une *intervention septique:* surtout interventions sur l'abdomen (appendicite, ulcère duodénal, cancer intestinal, abcès du foie, cholécystite) ou sur le thorax (pleurésie purulente, abcès du poumon), ouvertures d'abcès superficiels.

Sur 86 cas publiés dans la littérature, on note 61 hommes et 26 femmes, surtout de 30 à 70 ans.

Il existe entre le jour de l'intervention et l'apparition des premières lésions gangréneuses un *intervalle libre* variant de 2 à 20 jours.

Les lésions commencent au bord de la plaie par une tache d'abord érythémateuse, puis cyanotique, puis apparaît un nodule dont le centre devient noirâtre; ce tissu de sphacèle s'étend, se détache et laisse voir une ulcération progressivement extensive, entourée d'un bourrelet marginal.

L'état général reste cependant satisfaisant et la fièvre ne dépasse pas 38°; peu de modifications sanguines, pas d'albuminurie.

L'extension progressive de l'ulcération reste régulière, si bien que la forme demeure arrondie ou ovalaire, pouvant recouvrir de vastes surfaces (12 à 16 *cm.* de diamètre).

Si l'on n'intervient pas rapidement, la maladie évolue fatalement vers la mort en 3 à 8 mois.

Sur 81 cas où l'on put déceler les *germes* bactériologiques, on a trouvé une *symbiose strepto-staphylococcique*, pure ou associée dans 38 cas, au *streptocoque* pur ou associé dans 16 cas, du *staphylocoque* pur ou associé dans 8 cas, des *bacilles* divers dans 5 cas, 1 fois l'*association fuso-spirillaire* et 12 fois des *amibes* pures ou associées.

Au point de vue thérapeutique, les essais de vaccinothérapie, de chimiothérapie, d'antiseptiques locaux, de radiations, la cautérisation des bords de la plaie ont donné des résultats nuls ou peu satisfaisants. Le traitement de choix est l'*exérèse radicale*, sous anesthésie générale; les résultats sont d'autant meilleurs que l'exérèse a été plus précoce (30 guérisons sur 34 cas).

R. BURNIER.

Rabeau et **Mlle Ukranczyk.** ***Dermite des blanchisseuses*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 8, Août 1939, p. 656-680). — R. et Mlle U. attirent l'attention sur la fréquence de l'intolérance à l'eau de Javel, intolérance causée non seulement par le *chlore*, mais aussi par le *chrome*, l'eau de Javel renfermant habituellement du bichromate de sodium comme stabilisateur.

L'usage très répandu de l'eau de Javel comme moyen de nettoyage et désinfectant dans les ménages, comme décolorant dans certaines industries, rend compte de la fréquence des sensibilisations chez des sujets prédisposés. La liqueur de Labarraque fabriquée souvent avec de l'hypochlorite de soude du commerce et non avec le chlorure de chaux, contient de ce fait du chrome ; utilisée comme désinfectant en douches vaginales, elle peut causer certaines dermites artificielles.

R. et U. ont réuni 200 observations de malades présentant cette double intolérance au chlore et au chrome, la plupart s'étant sensibilisés par le contact avec l'eau de Javel. Les formes habituelles de dermite sont localisées aux mains, plus rarement étendues aux poignets, bras et avant-bras ; plus rares sont les formes généralisées ; certaines formes sont vésiculeuses ou bulleuses. Les tests épicutané et palpébral donnent la preuve facile de cette double sensibilisation.

Il faut souhaiter que l'addition du chrome comme stabilisateur dans l'eau de Javel soit interdite ; ce serait le meilleur moyen de prophylaxie de ces dermites tenaces. Dans certaines teintureries, fabriquant elles-mêmes leur eau de Javel sans chrome, ils ont constaté que les ouvriers, se nettoyant fréquemment les mains dans des tonneaux contenant de l'eau très javellisée, avaient très rarement des dermites des mains.

R. BURNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

P. Abely. ***Le traitement actuel de la schizophrénie et des autres psychoses par l'insuline et le cardiazol*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **97**, t. **1**, n° 4, Avril 1939, p. 555-566). — Rapport sur l'état actuel de la question, ouvrant une discussion à la Société Médico-psychologique.

Le traitement par le choc insulinique n'a déterminé ni accident, ni lésion notable, sauf peut-être une légère hypertrophie du tissu insulaire pancréatique.

Toutes les formes de la schizophrénie posent actuellement des indications de ce traitement, qui a aussi donné des résultats dans la manie et la mélancolie.

A. insiste sur l'importance de la psychothérapie après chaque coma, et la consolidation de la cure, notamment par l'opothérapie hypophysaire.

Le *cardiazol* a des indications analogues à celles de l'insuline. Toutefois ses résultats seraient plus limités aux cas récents, et son action plus agressive.

Le traitement *mixte* combine les avantages des deux techniques en atténuant leurs inconvénients respectifs.

Ces méthodes agissent remarquablement sur les symptômes les plus graves et les plus apparents, sans recréer toutefois le fond mental des schizophrènes traités.

G. D'HEUCQUEVILLE.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

Barge et **Larraud.** ***Adénite pré-tragienne consécutive à l'évolution anormale de la dent de sagesse, ou tumeur de la parotide? Importance de la sialographie dans le diagnostic différentiel*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 5, Mai 1939, p. 474-479). — La sialographie parotidienne permet, sur des clichés de face et de profil, de faire un diagnostic différentiel entre les affections intra-glandulaires et celles des tissus voisins. On connaît son image dans la lithiase, dans la tuberculose salivaire, dans les kystes, dans la parotidite chronique. B. et L. cherchent à isoler dans la série des tumeurs des caractères différentiels entre le cancer et la tumeur « mixte » de la parotide. Une observation leur en fournit la possibilité, observation dans laquelle la coexistence d'une tumeur parotidienne « mixte » et d'accidents d'évolution de la dent de sagesse avait d'abord fait penser à une adénopathie d'origine dentaire.

Feuz a décrit les caractères sialographiques du cancer de la parotide en ces termes « canal rigide, ne se laisse pas distendre, liquide réparti sans aucun ordre constituant des dépôts par endroits qui sont séparés par des plages où le liquide n'a pas pénétré ».

B. et L. pensent devoir y ajouter à l'occasion de leur observation, une description spéciale pour la tumeur « mixte »: glande augmentée de volume, irrégulière, bosselée, limitée par une bordure nette, des canaux et canalicules glandulaires étirés, réguliers de contours, circonscrivant une ou plusieurs zones claires, arrondies, tranchant sur le reste plus sombre de la glande.

J. LEROUX-ROBERT.

ARCHIVES DE L'INSTITUT DU RADIUM (Paris)

J. A. del Regato. ***Sur la rœntgenthérapie des épithéliomas du sinus maxillaire. Radiophysiologie et radiothérapie*** (*Archives de l'Institut du Radium*, t. 3, fasc. 4, Mars 1939, p. 85-104). — Ce travail se rapporte à 10 malades, traités par rœntgenthérapie seule, à la Fondation Curie de 1919 à 1934, et dont les observations sont rapidement résumées à la fin de l'article.

D. R. a divisé ce travail en cinq parties: L'*étude*


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
AIGUËS ou CHRONIQUES
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
MÉDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Ephédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & RÉMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS, 127, Bd St Michel – Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

clinique, où il rappelle la rareté du diagnostic précoce en raison du siège profond de ces tumeurs et de leur développement longtemps silencieux, les symptômes d'alarme n'apparaissant que, lorsque après envahissement des régions voisines, la tumeur s'ouvre un chemin à l'extérieur du sinus.

Les symptômes varient suivant le siège d'origine des localisations, et la forme de début joue au double point de vue du pronostic et du traitement un rôle important. C'est ainsi qu'il existe: *a*) des formes à siège supérieur (moitié supérieure du sinus maxillaire), très silencieuses au début, puis envahissant la cavité orbitaire en déformant la région, et qui peuvent débuter, soit dans le sommet de la pyramide sinusale (forme externe), soit sur la partie la plus haute de la paroi antérieure du sinus (forme antéro-interne); *b*) des formes à siège inférieur (à proximité des racines dentaires et de leurs nerfs) dans lesquelles les symptômes s'observent plus précocement, et qui peuvent débuter, soit à la partie antérieure du sinus (forme antéro-externe), avec tendance à se développer d'abord en avant et en dehors puis en dedans provoquant l'envahissement buccal, soit en arrière (forme postérieure), rarement d'ailleurs, et dont l'envahissement se fait vers la fosse ptérygo-maxillaire.

L'infection secondaire, avec tendance à la nécrose spontanée, n'est, ni une contre-indication, ni un obstacle au traitement, sauf en cas de pansinusite purulente.

D. R. considère que ces tumeurs ne présentent pas le degré de malignité qu'on leur attribue en général (pas de métastases, envahissement ganglionnaire tardif, longue conservation d'un bon état général).

2° L'*examen radiographique*, de grande valeur, peut permettre d'établir l'étendue véritable des lésions, souvent supérieure aux données de la clinique, et qui orientera efficacement le traitement dans les cas où l'on pourra, à sa lumière, suspecter l'atteinte des cellules ethmoïdales ou des sinus frontaux.

3° Au *point de vue histopathologique*, les tumeurs malignes de la région du maxillaire supérieur sont surtout des épithéliomas, et ceux du sinus des épithéliomas pavimenteux épidermoïdes. Très rares, les épithéliomas glandulaires prennent, en général, naissance dans l'ethmoïde et envahissent secondairement le sinus.

4° *Traitement*. L'impossibilité d'envisager une intervention chirurgicale complète a conduit à recourir au traitement rœntgenthérapique. Avant ce traitement, il convient d'extraire toutes les dents du côté atteint et les dents malades du côté opposé. Les constantes du traitement ont été les suivantes: 200 KV environ, filtration de 2 *mm*. Cu+3 *mm*. Al, distance anticathode-peau: 50 à 60 *cm*, dose 2,5 à 4 r/minute (150 à 250 r/heure); 2 portes d'entrée unilatérales de 70 à 120 cm^2 (antérieure, latérale), avec accessoirement une porte supplémentaire latérale du côté opposé, et, le cas échéant, un champ englobant l'adénopathie. Il importe, quand l'œil peut être soumis à l'irradiation, et cela dépend en partie du siège des lésions, de le protéger contre les fortes doses qu'il est indispensable de donner (écran ou coquille de plomb).

D. R. considère qu'il y a le plus grand intérêt à étaler longuement la durée du traitement, sur plusieurs semaines, en pratique, 5 ou 6; les traitements étalés sur plus de 6 semaines donnent dans les cas avancés des résultats palliatifs appréciables, mais ne permettent que rarement la stérilisation du néoplasme et sont le plus souvent suivis de récidives, d'ailleurs lentes.

Des doses élevées, très proches des doses dangereuses, sont nécessaires (6.000 à 7.000 r par 2 champs, sur le même côté de la face, en 5 à 6 semaines, en séances quotidiennes ou bi-quotidiennes de 200 à 250 r/jour en moyenne, la dose restant fonction de l'évolution des lésions et des réactions observées. Un tel traitement, en effet, qui provoque des réactions plus ou moins intenses (radioépithélite, radioépidermite, œdèmes, congestion, épilation, etc.) demande à être suivi de très près à l'aide d'une observation quotidienne.

5° *Résultats*. Bien que relativement radiosensibles, les épithéliomas du sinus maxillaire ne guérissent pas, en règle générale. Cinq cas de tumeurs très étendues ont fourni 5 décès (2, 2 ou 3 semaines après traitement, 1, 6 mois après, 1, 16 mois après, 1, 18 mois après, les 2 derniers après récidive); dans 5 cas de lésions plus ou moins localisées, 4 sont guéris, l'un depuis 15 ans, le plus récent depuis 5 ans, 1 est mort, localement cicatrisé, après adénopathie sous-maxillaire à évolution rapide.

MOREL-KAHN.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE
(Paris)

Paulian et **Constantinesco**. ***L'électrocardiogramme dans la myotonie et la myopathie*** (*Archives de Neurologie*, an. 3, n° 3, 1939, p. 225-230). — La signification de l'électrocardiogramme a soulevé des opinions différentes. Pour Einthoven il est le produit de la systole cardiaque. Pour Thomas Lewis il dépend de l'onde d'excitation.

En excitant le plancher du 3ᵉ ventricule, Van Bogaert a obtenu des modifications variées de l'électrocardiogramme de type extra-systolique, tachycardie sinusale, bradycardie, dissociations diverses, etc...

Dans certaines affections neurologiques (maladie de Freidreich) on a observé des modifications de l'électrocardiogramme qui ne s'accompagnaient pas de lésions coronariennes.

Il semble donc que les variations de l'électrocardiogramme sont d'origine centrale.

Dans la myopathie et la myotonie, A. et L. Van Bogaert ont trouvé des modifications variées, surtout dans les accidents S. T., et pensent qu'ils résultent d'un trouble de la nutrition du myocarde.

P. dans 2 cas de myopathie a trouvé des modifications importantes de l'électrocardiogramme. Dans le premier cas (myopathie facio-humérale), le cœur est cliniquement normal, de même que dans le second (myotonie atrophique).

Il y a une différence de voltage dans les 2 cas, faible dans le premier cas, élevé dans le deuxième cas.

Si l'électrocardiogramme est le produit de l'onde d'excitation, ses modifications sont d'origine centrale, et confirmeraient l'opinion que la myopathie et la myotonie reconnaissent également une origine centrale.

H. SCHAEFFER.

BRONCHOSCOPIE, ŒSOPHAGOSCOPIE ET GASTROSCOPIE
(Paris)

Piquet et **Marchand** (Lille). ***La broncho-aspiration dans le traitement d'urgence des intoxications par les gaz de combat*** (*Bronchoscopie, Œsophagoscopie et Gastroscopie*, n° 3, Juillet 1939, p. 145-149). — Les atteintes de l'appareil respiratoire secondaires à l'action de certains gaz suffocants sont de l'ordre des affections à traiter par bronchoscothérapie.

Si l'on se place du point de vue expérimental, ces gaz suffocants (chlore, phosgène, surpalite, etc.) en atteignant l'appareil respiratoire provoquent les lésions suivantes. L'épithélium de la trachée et des bronches se nécrose et tombe. Les cellules de l'épithélium alvéolaire desquament à l'intérieur des alvéoles. La majeure partie des vaisseaux est altérée. Il se produit une exsudation de sérum sanguin dans les alvéoles. Bientôt est réalisée une véritable inondation broncho-alvéolaire à laquelle s'ajoutent des phénomènes d'atélectasie, par obstruction bronchique par un exsudat coagulé englobant l'épithélium nécrosé et desquamé.

C'est cette inondation bronchique qui constitue la cause essentielle de la mort dans les intoxications par gaz suffocants. Le gazé succombe à une véritable asphyxie mécanique. Il est donc logique d'espérer pouvoir atténuer la gravité de ces accidents en appliquant aux gazés la méthode de l'aspiration bronchique.

Expérimentalement, en intoxiquant des chiens au chlore gazeux, on arrive aux conclusions suivantes: La broncho-aspiration permet de sauver les animaux intoxiqués à raison de 8 fois la dose mortelle au maximum, mais n'ayant subi cette intoxication que durant un laps de temps n'excédant pas une demi-heure.

Sans pouvoir transposer numériquement ces résultats chez l'homme, il est évident que la broncho-aspiration est susceptible de sauver de nombreux gazés à condition surtout qu'ils soient vus suffisamment tôt après leur intoxication.

On ne peut que féliciter P. et M. de s'être attachés à cette question.

Si du domaine de l'expérimentation les faits passaient malheureusement dans le domaine de la pratique, on pourrait être amené, en effet, à envisager l'organisation de centres de bronchoscothérapie dans les formations du service de santé de l'avant chargées de la désintoxication et du traitement des gazés.

J. LEROUX-ROBERT.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

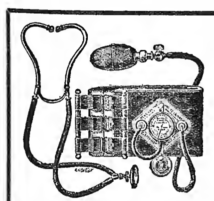
L. Delherm, A. Devois et **Mme Rullière**. ***Etude des gros vaisseaux de la base du cœur par les méthodes radiologiques d'examen « en coupe » (Deuxième mémoire)*** [*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 23, n° 8, Août 1939, p. 337-347]. — D., D. et Mme R., dans un précédent mémoire, ont montré l'intérêt que peuvent présenter les méthodes d'examen « en coupe » pour l'étude du pédicule vasculaire cardiaque, en insistant plus particulièrement sur l'aorte pathologique.

Le présent mémoire est consacré à l'étude de *l'artère pulmonaire* dont l'examen radiologique habituel ne permet de différencier que le bord gauche, dans l'examen de face, alors que de profil, ou en oblique, la juxtaposition des nombreux organes du pédicule vasculaire rend particulièrement difficile l'étude de l'artère pulmonaire et de sa bifurcation.

Pratiquant, centimètre par centimètre, au niveau du médiastin, des examens en coupe sagittale, D., D. et Mme R. ont pu obtenir des images nettes du tronc de l'artère pulmonaire et de sa bifurcation, comme du tronc et de la branche gauche qui décrit une crosse au-dessus de la bronche et audessous de la crosse aortique.

Ils rapportent, avec d'excellents clichés et schémas d'interprétation, 3 cas d'*artérite pulmonaire* avec dilatation nette de celle-ci, et signalent que la méthode d'examen « en coupe » se montre également intéressante au point de vue des *affections du médiastin* (dans 1 cas de médiastinite avec bacillose pulmonaire fibreuse, où les limites de l'ombre cardiaque étaient très imprécises sur le cliché standard, la méthode leur a permis d'obtenir une ombre cardio-vasculaire nette; dans 1 cas, dû à M. Strouzer, la méthode a permis, par la mise en évidence d'une concrétion calcaire, de confirmer le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin postérieur, et M. Ronneaux a pu, dans 1 cas, poser avec certitude le diagnostic de tumeur propre du médiastin).

MOREL-KAHN.



INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR LA MÉDECINE

TOUS LES APPAREILS CONCERNANT LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

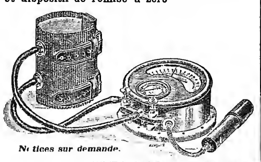
SPHYGMOTENSIOPHONE DE VAQUEZ-LAUBRY BREVETÉ S. G. D. G.

avec nouveau manomètre à mécanisme indéréglable et dispositif de remise à zéro

SPHYGMOMÈTRE OSCILLOMÉTRIQUE

à système différentiel et dispositif de protection brevetés S. G. D. G., évitant toute fausse manœuvre.

Avec nouveau Brassard à double manchette de E. SPENGLER supprimant radicalement le coefficient personnel.



SPHYGMO-OSCILLOMETRE DE YACOEL Bté S.G.D.G

pour la mesure rapide et très précise de la tension moyenne

STETHOPHONE, du Dr LAUBRY, Bté S.G.D.G., le plus perfectionné des appareils d'auscultation

ENDOPHONE, breveté S. G. D. G., du Pr MINET.

MICROSTETHOSCOPE, du Dr D. ROUTIER

Notices sur demande.

ÉTAB[TS] E. SPENGLER
Constructeur
16, rue de l'Odéon — PARIS

NEZ GORGE OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES

Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées

◆

Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe, MONTREUIL (Seine)

GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal interne et externe

Inhalations — Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO — Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE — Eau gomenolée

GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

Tous pansements internes et externes

IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET AU GOMENOL

Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X[e]

LA THÉRAPEUTIQUE PAR LA VITAMINE A

A "313" EXTERNE	A "313" INJECTABLE	A "313" INGÉRABLE	VITAOL
Solution huileuse de Vitamine A et de ses produits de désintégration	Solution à 3 1/2 0/0 de Vitamine A	Solution à 5 0/0 de Vitamine A	Huile de foie de morue survitaminée — 2.000 unités de Vitamine A par gr.
PLAIES ATONES, ESCHARES - BRULURES, FISTULES	SEPTICÉMIES - FIÈVRES TYPHOIDES - COLITES, INFECTIONS LOCALES	FIÈVRES THYPHOIDES, INFECTIONS PUERPÉRALES, HYPERTYROIDIES	CROISSANCE, DÉBILITÉ, CONVALESCENCE

CHABRE FRÈRES ◆ Docteurs en Pharmacie ◆ TOULON

REVUE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE
(Bordeaux)

Predescu-Rion (Bucarest). ***A propos de la surdité hormonale*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 6, Juin 1939, p. 465 à 475). — Après avoir rappelé les principales théories endocriniennes de l'otospongiose, P.-R. en vient à discuter le rôle de l'hépatisme latent. Il a remarqué en effet des améliorations notables à la suite de régimes et de cures hydro-minérales. Chez les hépatiques ou les cardio-vasculaires où l'on rencontre si souvent la surdité, il n'y a pas seulement le spasme, la congestion, l'anémie et l'intoxication qui jouent, mais l'altération des glandes endocrines. Une suite de remarques expérimentales montrent par ailleurs que ces troubles endocrino-hépatiques entraînent une mauvaise utilisation de certaines vitamines. C'est ce dysfonctionnement dans l'interdépendance des endocrines et des vitamines qui paraît être la cause de bien des surdités progressives.

J. Leroux-Robert.

BRUXELLES MEDICAL

S. Hybbinette (Stockholm). ***Contribution à la question des transplantations osseuses dans le traitement des tumeurs des os*** (*Bruxelles-Médical*, t. **19**, n° 23, 9 Avril 1939, p. 710-724). — Dans deux cas de tumeur maligne de l'humérus, on avait enlevé une grande partie de l'humérus, on attendit 6 mois, puis on procéda à une transplantation osseuse. Ce délai a pour but de permettre d'instituer un traitement radiologique post-opératoire et de s'assurer qu'il ne se produit pas une récidive précoce. Le greffon fut emprunté au péroné, dans un cas il mesurait 15 *cm.* de longueur et dans l'autre 26. Placé dans la loge musculaire qu'occupait l'os réséqué, la soudure s'effectua rapidement et sans incident.

Après résection de la mâchoire inférieure pour tumeur maligne, la radiothérapie diminue la vitalité des tissus, si la transplantation osseuse est faite trop tôt, le greffon est éliminé comme un séquestre. Il faut attendre 1 ou 2 ans avant la transplantation. La crête iliaque se montre avantageuse pour prendre un greffon en raison de ses dimensions et de l'incurvation qu'elle présente, analogue à celle du maxillaire inférieur.

Six cas de transplantation osseuse de la crête iliaque pour des pertes de substance du maxillaire inférieur donnèrent de bons résultats ainsi que deux transplantations pour des pseudarthroses du membre inférieur. Dans ces deux derniers cas, une transplantation avec un fragment de tibia avait échoué.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY
(Boston)

H. L. Reinhart et **S. J. Wilson.** ***Absorption défectueuse des graisses (Lipodystrophie intestinale de Whipple)*** [*The American Journal of Pathology*, t. **15**, n° 4, Juillet 1939, p. 483-492]. — En 1907, Whipple a relaté un cas mortel d'une maladie caractérisée anatomiquement par des dépôts de graisses et d'acides gras dans les tissus lymphatiques de l'intestin et du mésentère et cliniquement par des arthralgies récidivantes, un amaigrissement progressif, une diarrhée graisseuse et de la distension de l'abdomen. Des cas semblables ont été publiés par Blumgart, Jarcho, Boeck.

Le malade de R. et W., âgé de 74 ans, présentait depuis un an une anémie hypochrome accentuée, de l'amaigrissement, de l'augmentation de volume du ventre avec ascite, de l'œdème des extrémités et de la dyspnée d'effort. La ponction donna un liquide chyleux. Les selles, de fréquence variable, peu caractéristiques, ne retinrent guère l'attention. La mort survint rapidement après la sixième ponction. L'autopsie montra une péritonite plastique, des amas massifs de graisse dans les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux très volumineux, une cirrhose hypertrophique à type portal, une grosse rate avec des infarctus multiples, un adéno-carcinome de la prostate et de la sclérose rénale. Histologiquement, les sinus dilatés des ganglions mésentériques et rétropéritonéaux étaient bourrés de masses graisseuses entourées de grandes cellules spumeuses qu'on retrouvait dans l'exsudat fibrineux recouvrant l'intestin grêle. Les lymphatiques des villosités étaient également très dilatés et envahis par de petits lymphocytes. Cet aspect suggère une excrétion massive de graisse dans l'intestin et une réabsorption exagérée de la graisse par l'intestin, justifiant le terme de « lipodystrophie intestinale ».

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

W. L. Adams. ***Estimation de la valeur de divers médicaments antiacides*** (*Archives of internal Medicine*, t. **63**, n° 6, Juin 1939, p. 1030-1047). — A. discute du point de vue pharmacologique la valeur respective des divers antiacides utilisés dans le traitement de l'hyperacidité et de l'ulcus.

Il oppose les antiacides absorbables à action générale, aux antiacides non absorbables à action surtout locale. Le représentant du premier type est le bicarbonate de soude qui entre largement dans la composition des poudres de Sippy. Or bien des réactions défavorables observées à la suite de l'usage de ces poudres doivent être atribuées à l'alcalose qu'elles déterminent quand on en donne des doses capables de saturer l'acidité gastrique. Les accidents peuvent même prendre le masque de l'urémie. D'autre part, la forte alcalinité de l'estomac peut devenir irritante et entretenir la chronicité de l'ulcère. Par ailleurs, le bicarbonate de soude est capable de déclencher une sécrétion secondaire d'acide. En tout cas il doit être donné de préférence à petites doses renouvelées plutôt qu'à doses massives.

Les antiacides non absorbables sont à tous égards préférables.

On peut reprocher aux sels de magnésium leurs effets irritants sur l'intestin. De plus, ils sont capables de déterminer secondairement une sécrétion acide de l'estomac. Les sels de calcium (carbonate) ont l'inconvénient d'être constipants et de pouvoir engendrer des coprolithes. La mucine a une valeur discutée et est onéreuse. Le peroxyde d'oxygène a une action douteuse et est capable de provoquer des hémorragies. Le lait est un bon antiacide, de même que la crème. Les composés bismuthés n'ont guère de pouvoir neutralisant et certains ont des propriétés toxiques.

L'emploi des colloïdes antiacides représente un gros progrès. Parmi ceux-ci l'hydrate d'alumine colloïdal est au premier rang, grâce à son action protectrice, antiacide et adsorbante; il est dépourvu d'action générale et toxique. Son seul inconvénient est d'être légèrement constipant. Récemment on a préconisé le trisilicate de magnésium hydraté qui donne au contact du suc gastrique un gel sans propriétés antiacides, mais doué d'un grand pouvoir adsorbant qui neutralise l'action de l'acide. Cliniquement cependant, l'hydrate d'alumine semble le plus recommandable ainsi que l'atteste la disparition rapide et fréquente des signes radiologiques.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

H. Goldblatt, J. R. Kahn et **R. F. Hanzal.** ***Recherches sur l'hypertension expérimentale. Effet de la constriction de l'aorte abdominale au-dessus et au-dessous de l'origine des artères rénales sur la pression sanguine*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 5, Mai 1939, p. 649-674). — La constriction de l'aorte abdominale chez le chien au moyen d'une pince spéciale à pression réglable au-dessus de l'origine des artères rénales n'a pas ou peu d'effet immédiat sur la pression sanguine en amont du siège de la pince (pression carotidienne systolique et moyenne). Mais, au bout de 24 heures, de l'hypertension se produit. En aval de la pince, l'effet immédiat est une baisse de la pression fémorale moyenne. En même temps que la pression carotidienne systolique s'élève, la pression fémorale moyenne commence aussi à monter et, chez certains animaux, elle atteint même un niveau supérieur à la normale, en dépit de la constriction poussée ou de l'occlusion même de l'aorte abdominale.

La constriction de l'aorte juste au-dessous de l'origine des artères rénales n'a pas d'effet marqué sur la pression carotidienne systolique ou moyenne en amont de la pince. En aval, la pression baisse et tend à rester basse ou revient tout au plus au chiffre d'avant l'opération.

On a pu réaliser la phase urémique ou éclamptique de l'hypertension, accompagnée d'insuffisance rénale excrétrice et de lésions inflammatoires et nécrotiques des artérioles de nombreux organes (hypertension maligne), en comprimant brusquement et fortement l'aorte abdominale juste au-dessus de l'origine des artères rénales. La présence d'insuffisance rénale excrétoire chez les animaux qui font de l'hypertension dépend directement du degré de constriction de l'aorte abdominale, et spécialement de la rapidité avec laquelle la constriction est effectuée.

L'hypertension consécutive à la constriction de l'aorte abdominale pratiquée juste au-dessus des artères rénales, qu'elle soit ou non accompagnée d'insuffisance rénale excrétoire, est d'origine rénale.

P.-L. Marie.

S. C. Madden, W. Noehren, G. S. Waraich et **G. H. Whipple.** ***Influence des acides aminés sur la production des protéines du plasma sanguin. Rôle éminent de la cystine dans certaines conditions*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 5, Mai 1939, p. 721-738) — Quand on soustrait les protéines du plasma en saignant des chiens et en leur réinjectant leurs hématies lavées (plasmaphérèse), on peut réaliser chez eux un état stable d'hypoprotéinémie et obtenir une production uniforme de protéines plasmatiques avec un régime de base pauvre en protéines. Ces chiens sont cliniquement normaux. En introduisant des éléments variables dans leur existence standardisée, on peut acquérir des notions sur la formation des protéines du plasma.

Le régime à base de foie conserve ces chiens hypoprotéinémiques en bonne santé durant une année. 17 à 27 pour 100 de la teneur du régime en protéines (protéines de foie exclusivement) sont convertis en protéines plasmatiques.

La gélatine seule, qui est dépourvue de tryptophane et de tyrosine et très pauvre en cystine, ajoutée à ce régime de base, ne détermine que peu ou pas d'augmentation de la production des protéines plasmatiques.

L'addition à la gélatine de cystine ou de tyrosine, ou de tryptophane, ou de tyrosine et de tryptophane à la fois n'a guère d'effet sur la production de protéines plasmatiques. Par contre, quand la

Granules de CATILLON

à 0.001 EXTRAIT TITRÉ de

STROPHANTUS

TONIQUE du CŒUR **DIURÉTIQUE**

Effet immédiat — innocuité — ni intolérance ni vasoconstriction — on peut en faire un usage continu

Prix de l'Académie de Médecine pour « Strophantus et Strophantine », Médaille d'Or Expos. univ. 1900

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE

TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HEMORRAGIES

OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS

CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FEBRILES, la DOULEUR, etc. SPÉCIFIQUE de la GRIPPE

EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés régulateur des Fonctions digestives

OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE. Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.

Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané

ABCÈS-PHLEGMONS DERMATOSES-ANTHRAX
FURONCLES BRÛLURES



REG. COMM. PARIS 75.453

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, et toutes Pharmacies.

gélatine est additionnée de cystine et de tyrosine ou de tryptophane, 25 à 40 pour 100 de la teneur de l'association en protéines sont convertis en protéines plasmatiques.

La méthionine ne peut pas remplacer la cystine, ni la phénylalanine, la tyrosine dans l'association efficace gélatine + cystine + tyrosine.

Les globules rouges laqués administrés par voie veineuse ne fournissent pas un matériel apte à augmenter notablement la production des protéines plasmatiques.

Quand les réserves de matériel propre à élaborer les protéines plasmatiques sont épuisées, les chiens ne peuvent plus guère former de protéines plasmatiques durant les périodes de régime sans protéines.

P.-L. Marie.

H. N. Greene. ***Tumeurs mammaires familiales chez le lapin*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **70**, n° 2, Août 1939, p. 147-184). — Les tumeurs spontanées de la mamelle sont rares chez le lapin. Or dans l'élevage de G. il n'en a pas été constaté moins de 25 cas, se répartissant presque exclusivement dans deux groupes familiaux, ce qui a permis d'intéressantes conclusions sur l'origine et le mode d'apparition de ces tumeurs.

G. commence par décrire leur aspect clinique. Elles ont revêtu deux types différents. Dans le premier, la manifestation initiale de l'anomalie mammaire était représentée par un engorgement subit et intense, suivi dans une seconde phase de l'apparition de kystes et de néoplasies bénignes évoluant vers le cancer avec métastases. L'autre type était caractérisé par le développement de néoplasmes dans un tissu mammaire apparemment sain, en l'absence de toute anomalie locale antérieure.

Du point de vue anatomo-pathologique, les anomalies mammaires préalables caractérisant le premier type ressemblaient à la maladie kystique de Reclus de la femme; la structure papillaire constituait un second critère. Dans le deuxième type on trouvait histologiquement une prolifération atypique des acini.

Du point de vue génétique, les deux types de néoplasmes se montrèrent presque exclusivement dans deux groupes de familles et l'hérédité joua un rôle fondamental dans l'apparition de tumeurs et dans la détermination du type tumoral. Des altérations endocriniennes comparables à celles que l'on rencontre chez les animaux soumis à l'administration prolongée de substances œstrogènes (hypertrophie de l'hypophyse résultant de l'hyperplasie des cellules chromophobes, distension des follicules de la thyroïde, etc.), se manifestèrent chez les lapins porteurs de tumeurs et G. en déduit que ces néoplasmes spontanés représentent le pendant naturel des expériences de provocation des néoplasmes par l'œstradiol.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

Foerster et Schwartz. ***Mélanose professionnelle du goudron*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. 39, n° 6, Juin 1939, p. 955-968). — F. et S. rapportent deux cas de dermatite desquamative chez des ouvriers travaillant dans le goudron de houille et la poix; cette dermatite fut suivie d'une pigmentation brunâtre des parties découvertes.

F. et S. relatent les cas publiés dans la littérature depuis Riehl (*mélanose de Riehl*); certains cas s'accompagnent d'atrophie réticulée qui les rapproche de la *poïkilodermie réticulée pigmentaire* du visage et du cou, de Civatte.

Cette mélanose frappe beaucoup d'ouvriers travaillant dans le goudron et la poix. Mais certains restent indemnes et des variations individuelles existent.

L'histologie montre que la discoloration due au goudron est une vraie mélanose.

Cette dermatite et cette mélanose sont de vraies réactions de photosensibilisation résultant d'une activité locale exogène d'un photosensibilisateur spécifique dans la poix, activé par les bandes spectrales spécifiques de la lumière.

Des appareils de protection, des ventilateurs chassant les vapeurs de goudron doivent préserver dans les usines les ouvriers travaillant dans cette industrie; on peut aussi appliquer sur la peau des crèmes contenant de la quinine ou de la résorcine. L'absorption par la bouche de résorcine ou de pyrocatéchine, comme antiphotocatalyseur, peut donner également de bons résultats.

R. Burnier.

Urbach, Linneweh et Greenberg. ***Urticaire due au sang*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. 39, n° 6, Juin 1939, p. 987-991). — Il n'existe pas dans la littérature de cas d'urticaire due à l'ingestion de sang ou d'aliments contenant du sang.

U., L. et G. ont observé, chez un homme de 40 ans, des attaques d'urticaire survenant surtout après les repas; cette urticaire, qui débuta en Novembre 1937, fut améliorée par l'éphédrine et le calcium.

Le 26 Décembre une nouvelle attaque survient après l'absorption d'une saucisse de porc au sang (contenant du sang de porc, du pain et du poivre); après 24 heures de diète, les lésions disparurent; nouvelle éruption urticarienne 4 heures après l'absorption d'une nouvelle saucisse; la diète amena la guérison.

Les jours suivants, l'ingestion isolée de poisson, de bœuf, de veau, de porc, de pain et de poivre ne détermina pas d'urticaire.

Mais celle-ci apparut le 10 Janvier, 3 heures après l'ingestion d'une saucisse au sang cuit, sur les épaules et les avant-bras.

Après s'être lavé le corps à l'eau froide, l'urticaire apparut sur les parties lavées et sur les régions anciennement atteintes d'urticaire. Le lendemain n'ayant pas pris de saucisse, le malade n'eut pas d'urticaire après l'eau froide.

Quelques jours plus tard, le malade prit seulement du sang cuit de porc; l'urticaire apparut au bout de trois quarts d'heure, sur le tronc, le dos et la face. L'eau froide exagéra l'urticaire sur les régions au contact de l'eau. Après un lavage d'estomac, l'urticaire disparut en une demi-heure.

R. Burnier.

Loveman et Simon. ***Eruption fixe et stomatite due à la sulfanilamide*** (*Archives of Dermatologie and Syphilology*, t. 40, n° 1, Juillet 1939, p. 29-34). — Parmi les réactions dues aux sulfamides, les éruptions cutanées sont assez rares.

L. et S. ont observé un cas chez un homme de 34 ans, après absorption de 7 *g*. de sulfamides au cours d'un second traitement pour récidive de blennorragie. Des lésions maculo-papuleuses fixes apparurent à la nuque, des lésions bulleuses aux mains et une stomatite, et des lésions érythémateuses et érosives de la langue et des lèvres simulaient des plaques muqueuses syphilitiques.

Une fois ces lésions disparues, il suffit de donner 30 *cg*. de sulfanilamide par la bouche pour voir apparaître de nouvelles lésions au bout de trois heures.

Habituellement les tests donnent des résultats négatifs; cependant on a relaté des réactions positives.

R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Karl M. Bowman et Sylvan Keiser. ***Traitement des états d'agitation par le chlorure de sodium par la bouche et intraveineux en solutions hypertoniques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 41, n° 4, Avril 1939, p. 702-711). — Dans les états délirants avec excitation motrice, tels qu'on en voit dans les états toxi-infectieux, le délire alcoolique, le délire aigu, etc..., il existe une déshydratation des tissus à laquelle il convient de remédier. On peut utiliser le chlorure de sodium par la bouche qui donne soif aux malades et les incite à boire, ou encore en solution isotonique ou hypertonique par voie intraveineuse. Par cette thérapeutique B. et K. ont abaissé le taux de la mortalité des malades agités. Il semble en outre que ce traitement raccourcisse la phase d'excitation chez les sujets qui en sont l'objet. B. et K. pensent en plus que la fièvre, liée à la déshydratation, est susceptible d'être prévenue ou bien traitée avec succès par cette méthode.

H. Schaeffer.

Paul C. Bucy et Theodore J. Case. ***Tremblement, mécanisme physiologique et suppression par intervention chirurgicale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 41, n° 4, Avril 1939, p. 721-747). — Un homme de 33 ans, après une lésion cérébrale grave, présente une légère hémiparésie droite, une aphasie motrice légère avec un trouble appréciable de la parole et un gros tremblement unilatéral se présentant au repos et dans les mouvemennts volontaires, intéressant le membre supérieur et, à un moindre degré, le membre inférieur. La scopolamine, les barbituriques et la bulbocapnine restent sans action sur le tremblement. Les doses soporifiques de barbiturique ne font cesser le tremblement que pendant la période de sommeil. Le malade fut opéré, et l'aire corticale de la région précentrale correspondant au bras (aires 4 et 6 de Brodmann) fut excisée.

A la suite de l'intervention s'installa une hémiplégie droite complète. Puis la paralysie de la face et du membre inférieur disparut; et celle du membre supérieur s'améliora, mais les mouvements restèrent lents, maladroits, et les mouvements précis de la main et des doigts ne revinrent pas.

Une aphasie motrice complète post-opératoire apparut. Elle commença à disparaître vers le 11e jour, et le langage redevint ce qu'il était avant.

Le tremblement statique et cinétique disparut complètement et n'avait pas réapparu 15 mois après l'intervention. Des examens électromyographiques et des recherches avec la cellule photo-électrique permirent d'étudier le phénomène.

La température superficielle du bras droit était plus basse de 0,4, 2,7 degrés centigrades après l'intervention.

De ces constatations, B. et C. déduisent que: une partie essentielle du mécanisme conditionnant ce tremblement statique et cinétique siège dans la région précentrale (aires 4 et 6 de Brodmann), que les fibres du système extra-pyramidal seul y participent; ou bien sont associées aux fibres du système pyramidal; discrimination impossible à établir. En tout cas, il semble qu'une lésion pyramidale isolée ne puisse expliquer le tremblement.

Après l'excision du cortex, l'aire précentrale ne laisse persister dans le bras que des mouvements grossiers. Les mouvements fins et bien coordonnés sont abolis. L'aire précentrale exerce un certain contrôle vaso-moteur puisque la temprature du bras s'abaisse après son excision.

B. et C. ne tirent de ces faits aucune conclusion susceptible de préciser le siège ou la nature des lésions ayant conditionné ce tremblement.

H. Schaeffer.

LE VENIN DE CRAPAUD

par excitation du Sympathique et des Glandes Endocrines
réveille la Force Médicatrice de l'Organisme
et réalise

LA MÉDICATION DU TERRAIN

ACTION
- Toni-Cardiaque
- Vaso-Constrictive
- Hypersécrétante
- Hémostatique
- Analgésique



Par ces 5 Propriétés
qui permettent au crapaud
pesant 50 gr. de vivre 50 ans
le BUFOX
assure à l'Homme ce que le
Venin confère au crapaud :
L'IMMUNITÉ

Décret Ministériel du 19 Juin 1937.

BUFOX

INJECTABLE

Les Laboratoires du **BUFOX**, 21, Rue de la Grange-aux-Belles, PARIS — Tél. : NORD 16-06

LE PANSEMENT DE MARCHE

ULCÉOPLAQUE-ULCÉOBANDE

du Docteur MAURY

CICATRISE RAPIDEMENT les **PLAIES ATONES,**
les **ESCARRES,**
les **ULCERES VARIQUEUX**
même très anciens et tropho-névrotiques
sans interrompre ni le travail ni la marche
CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES

Dans chaque boîte : 6 pansements **Ulcéoplaques** pour 24 jours.

Deux dimensions :
Ulcéoplaques n° 1 : 5 cm./6 cm.
Ulcéoplaques n° 2 : 7 cm./9 cm.

Formuler :
1 boîte **Ulcéoplaques n° 1 ou n° 2**
1 **Ulcéobande.**

LABORATOIRE SÉVIGNÉ, 76, rue des Rondeaux, PARIS-XXe

Morgan et **Vonderahe.** ***Les noyaux hypothalamiques dans le coup de chaleur. Avec des notes sur la représentation centrale de la régulation thermique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **42**, n° 1, Juillet 1939, p. 73-92). — Dans 13 cas de coup de chaleur les groupes cellulaires hypothalamiques ont été étudiés.

Le noyau paraventriculaire avait perdu 27 pour 100 de ses cellules, 77 pour 100 des cellules restantes étaient normales. Ce sont les grandes cellules de ce noyau qui étaient le plus lésées, alors que dans le diabète sucré ce sont les petites et les moyennes cellules qui sont le plus atteintes.

Le noyau latéral du tuber présentait une perte cellulaire moyenne de 40 pour 100, et 47 pour 100 des cellules restantes étaient normales. Dans les cas de contrôle, les cellules de ce noyau sont souvent altérées, la moyenne des cellules normales étant de 60 pour 100.

Le noyau tubéro-mamillaire ne présentait pas de lésion grossière. Il y avait quelques altérations, avec une moyenne de 27 pour 100 de cellules normales. Les lésions étaient ici comparables à celles de la fièvre expérimentale.

Le ganglion optique basal et les noyaux de la substance grise ne présentaient pas des altérations cellulaires assez constantes pour être considérées comme pathologiques. Une maladie dégénérative chronique, la sclérose vasculaire chronique, la syphilis ou l'alcoolisme chronique, existait dans les 12 cas étudiés.

M. et V. pensent que les grandes cellules les plus antérieurement situées dans le noyau paraventriculaire et les cellules du noyau latéral du tuber sont celles qui jouent un rôle dans l'élimination de la chaleur, tandis que les cellules postérieures du noyau tubéro-mamellaire et probablement les petites cellules du noyau paraventriculaire jouent un rôle dans la production et la conservation de la chaleur. Dans le coup de chaleur, le groupe nucléaire antérieur manque à sa fonction thermique éliminatrice du fait de ses lésions antérieures, tandis que le groupe cellulaire postérieur avec son nombre normal de cellules légèrement altérées provoquerait une production accélérée de chaleur.

La régulation thermique dépend de l'hypothalamus, mais dépend d'un goupe de cellules plutôt que d'un seul centre; d'autres régions que l'hypothalamus peuvent peut-être aussi jouer un rôle.

H. Schaeffer.

Gurdjian, Webster et **Sprunk.** ***Etudes sur le liquide céphalo-rachidien dans les cas de blessures de la tête*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **42**, n° 1, Juillet 1939, p. 92-112). — Sont successivement étudiés dans cet article l'action du drainage du liquide céphalo-rachiden, de l'injection de liquides isotoniques, de morphine ou de barbituriques sodiques sur la tension liquidienne.

Une chute soudaine de pression consécutive à un drainage rapide est toujours suivie d'une ascension lente qui atteint le niveau initial dans la moitié des cas environ. Parfois elle dépasse ce dernier de 10 à 60 *mm*. Ces ascensions ne sont pourtant pas alarmantes. L'emploi de la ponction lombaire comme agent décompressif dans des cas sélectionnés de lésion de la tête garde sa valeur. L'index d'Ayala n'apporte pas d'aide appréciable pour le diagnostic de la lésion.

L'injection intraveineuse de liquide isotonique n'entraîne pas d'augmentation de pression dans la majorité des cas. L'administration de grandes quantités de liquide par la bouche et par les veines laisse la pression à un niveau normal. Dans les lésions modérément graves de la tête, on peut donner des quantités appréciables de liquide sans élever la tension intracranienne. Chez les sujets avec des lésions graves et perte de connaissance, on peut donner 2.500 à 3.500 *cm*$_3$ de liquide par voie veineuse, sous-cutanée ou digestive.

L'effet de la morphine est différent, suivant qu'il s'agit de blessures légères ou graves de la tête. Dans les premières la morphine ne détermine pas d'ascension tensionnelle; dans les secondes cette ascension peut être impressionnante. Le fait de masquer les symptômes et la dépression de la respiration ne sont pas les seules contre-indications à l'emploi de la morphine dans les blessures de la tête. Dans la majorité des blessures graves, la morphine fait monter la tension du liquide et son emploi est dangereux.

Les barbituriques sodiques n'entraînent pas de variation tensionnelle.

Dans le traitement des lésions sérieuses de la tête avec désorientation et agitation, les narcotiques et les sédatifs ne doivent être utilisés qu'avec discrétion, surtout pour la morphine qui, dans certains cas, détermine une ascension importante du liquide susceptible de mettre en danger la vie du malade.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

Deryl Hart (Durban) et **Paul-W. Sanger** (Charlotte). ***Le rôle cicatrisant des irradiations ultra-violettes bactéricides*** (*Archives of Surgery*, vol. **38**, n° 5, Mai 1939, p. 797-805).

Deryl Hart, John-W. Devine et **D.-W. Martin** (Durban). ***Effets bactéricides des rayons ultra-violets*** (*Archives of Surgery*, vol. **38**, n° 5, Mai 1939, p. 806-815). — La guérison des plaies opératoires ne paraît guère modifiée par les irradiations ultra-violettes et les modifications possibles se font vers une amélioration du processus de guérison. Ceci résulte de cette étude portant sur un millier de cas, et sur des tissus aussi variés que le péritoine, la peau, le cerveau, etc. On peut donc affirmer que la stérilisation de l'air des locaux opératoires par les rayons ultra-violets ne peut qu'améliorer encore le processus de réparation.

L'irradiation se fait par une série de foyers (jusqu'à 16) placés à environ 1 m. 50 de la table opératoire. Les auteurs utilisent des lampes spéciales à lumière froide (lampes au néon-argon et mercure). Ces lampes possèdent les avantages suivants: peu d'érythème, peu de production d'ozone, pas de chaleur, dépense moins importante.

Leur pouvoir bactéricide est cependant plus grand que celui des lampes ordinaires. Destruction de 80 pour 100 des bactéries après 3 minutes d'exposition à 1 m. 50. Destruction plus difficile des spores de champignons (*aspergillus*), dont quelques-unes résistent encore au bout de 20 minutes.

P. d'Allaines.

OKAYAMA-IGAKKAI-ZASSHI
(Okayama)

H. Asakawa. ***Influence de la bulbocapnine sur la glycémie du lapin*** (*Okayama Igakkai Zasshi*, t. **51**, n° 4, Avril 1939, p. 804-828). — On sait que cet alcaloïde provoque une immobilité catatonique et une rigidité cireuse du corps, mais son influence sur la glycémie est encore peu connue.

A. a constaté que ce poison, injecté à petites et à fortes doses (10-20 *mg.* par kilogramme) au lapin, provoque une hyperglycémie proportionnée à la dose. Elle est inhibée par la yohimbine qui paralyse le sympathique, ne se produit plus après section bilatérale des splanchniques. L'hyperglycémie déclenchée par la bulbocapnine est empêchée par le véronal et le luminal tandis que l'uréthane, le chloral, l'antipyrine et le sulfate de magnésium, au lieu de l'entraver, l'exagèrent. L'atropine qui paralyse le parasympathique n'a qu'une action insignifiante. On peut en déduire que la bulbocapnine excite le centre régulateur de la glycémie ; l'excitation chemine le long des splanchniques jusqu'aux surrénales, déterminant une sécrétion d'adrénaline. Le point d'attaque se trouve dans le tronc cérébral (centre glyco-régulateur de l'hypothalamus d'Aschner et centre du corps strié de Dresel). Le parasympathique ne semble jouer aucun rôle notable.

A. a étudié ensuite l'influence de la bulbocapnine sur l'hyperglycémie produite par la morphine, la diurétine et les grandes injections de glycose, ainsi que sur l'hypoglycémie insulinique. Il a ensuite recherché la teneur des surrénales en adrénaline et du foie en glycogène.

Il a pu constater que l'hyperglycémie due à la morphine est en général accrue par la bulbocapnine. L'hyperglycémie produite par la diurétine est fortement réfrénée par l'alcaloïde qui inhibe nettement l'hyperglycémie provoquée par le glycose. Il empêche en général l'hypoglycémie insulinique, et parfois même détermine une hyperglycémie. Il fait nettement baisser le taux d'adrénaline des surrénales ; toutefois cet effet est inhibé par un traitement préalable par l'ergotamine. La bulbocapnine fait diminuer considérablement la teneur du foie en glycogène.

P.-L. Marie.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY
(Tokio)

Shinoda. ***La lésion primitive du lymphogranulome inguinal*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. **45**, 20 Mai 1939, n° 5, p. 103-105). — On sait que la lésion primitive de la maladie de Nicolas peut se présenter sous diverses formes: herpétique, papulo-ulcéreuse, ulcéro-nodulaire. Histologiquement, on note des lésions non spécifiques d'infiltration de lymphocytes, plasmocytes, histiocytes, avec télangiectasies.

Dans le type papulo-ulcéreux, on trouve des productions lymphomateuses avec prolifération du système réticulo-endothélial.

Au centre des nodosités tuberculoïdes, formées par le groupement des cellules du système réticulo-endothélial, se développent des micro-abcès avec nombreux leucocytes à noyaux polymorphes.

A la période de cicatrisation, on constate des fibroblastes et de nombreux phagocytes, lymphocytes, plasmocytes, des cellules géantes du type Langhans; puis se développe du tissu conjonctif qui aboutit à la cicatrice.

32 lésions primitives furent inoculées au cerveau de la souris avec 30 succès: 5 sur 6 cas de forme herpétique, 20 sur 21 cas de forme papulo-ulcéreuse et tous les 5 cas de forme ulcéro-nodulaire.

Le tissu de la lésion primitive, broyé au mortier dans un peu de sérum artificiel, stérilisé à la chaleur et employé en injection intradermique, donna dans 6 cas (1 forme herpétique, 2 formes papuleuses, 3 formes nodulaires) une intradermo-réaction positive, ce qui prouve l'antigénité de la lésion primitive. Comparé avec l'antigène de Frei ordinaire, celui de la forme herpétique et papuleuse se montra plus faible, mais celui de la forme nodulaire fut presque aussi actif.

On put déceler après coloration des inclusions cellulaires ou *corpuscules de Miyagawa*, 3 fois sur 6 formes herpétiques, 14 fois sur 22 formes papuleuses et dans 6 cas de formes nodulaires.

S. injecta à 22 malades, atteints de syphilis ou de chancre mou, dans la peau, 0,02 cm^3 de liquide de ponction du bubon, au niveau du bras. Une rougeur avec légère infiltration apparut au bout de 2 jours, qui s'agrandit peu à peu pour disparaître le plus souvent en 8 jours (17 sur 22 cas); dans 4 cas l'infiltration dura 14 jours; dans un cas elle dépassa 4 semaines et se transforma en ulcération rappelant une lésion spontanée de la forme nodulaire.

MUTHIODE

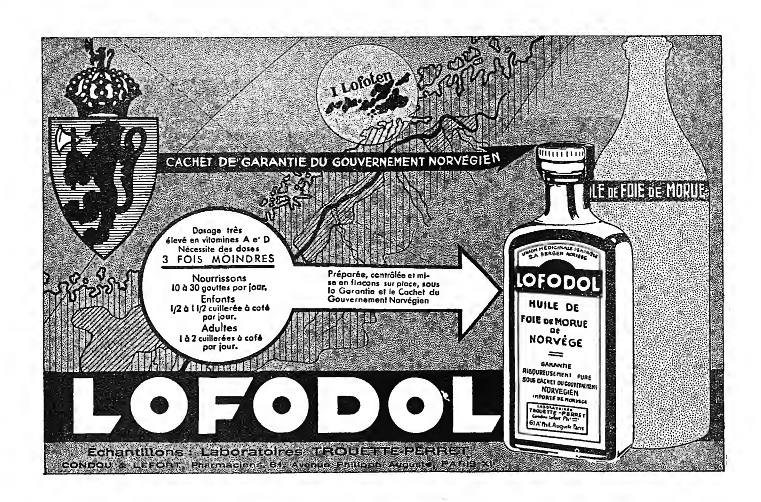
SOLUTION D'IODURE DOUBLE DE BISMUTH ET DE SODIUM

TRAITEMENT

par INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES de la SYPHILIS A TOUTES SES PÉRIODES et des SCLÉROSES PARENCHYMATEUSES ET VASCULAIRES

Ampoules de 2 cc. pour Adultes — En boîtes de 12 ampoules — Ampoules de 1 cc. pour enfants.

Laboratoires LECOQ & FERRAND, 14, rue Aristide-Briand, LEVALLOIS Près Paris





IODISATION INTENSIVE

TOUS RHUMATISANTS CHRONIQUES PAR

IODHEMA

(Communication de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, des 21 Juin 1923 et 18 Juin 1926)

Iodoalcoylate d'Hexaméthylène Tétramine

3 FORMES : MÉTHYLE - BENZYLE - MIXTE

AMPOULES : Voies Veineuse ou Musculaire.

FLACONS : Voie gastrique. 2 cuillerées par jour.

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (Ve)

Une adénopathie ne fut observée que deux fois au cours de ces lésions provoquées.

La réaction de Frei fut trouvée positive dans les 22 cas, ce qui montre la contagion possible de la maladie de Nicolas, même sans tuméfaction ganglionnaire.

R. Burnier.

MEDYCYNA
(Varsovie)

T. Zwolinski. ***Myome de l'estomac diagnostiqué et opéré comme un kyste de l'ovaire*** (*Medycyna*, n° 8, 21 Avril 1939, p. 334-336). — Les myomes de l'estomac, fort rares en pathologie chirurgicale, ne sont opérés par les gynécologues que tout à fait exceptionnellement.

Observation d'un myome pédiculé de la grande courbure de l'estomac, pénétrant dans l'épiploon. Le poids de la tumeur qui mesurait 16 *cm.* de longueur, abaissait l'estomac ; le pôle inférieur de la tumeur atteignait le petit bassin. L'examen clinique ne révélant aucun rapport entre la tumeur et le corps bien palpable de la matrice, suggérait le diagnostic d'une tumeur ovarienne. Le pôle inférieur de la tumeur empêchait de palper l'ovaire et la trompe gauche. Le peu de mobilité de la tumeur et l'impossibilité de la ramener au devant du ligament large faisait penser à la présence d'adhérences après une torsion.

Ce n'est qu'au cours de l'opération qu'on a constaté que la tumeur avait pour origine la grande courbure de l'estomac. La tumeur a été enlevée. L'examen anatomo-pathologique a permis de diagnostiquer un myome et notamment un myome de l'estomac.

L. Cnwatt.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE ROUMANIE
(Bucarest)

Paulian. ***La relation entre le facteur hérédité et les affections nerveuses de la syphilis*** (*Académie des Sciences de Roumanie*, t. 2, n° 3, 1938). — La mortalité due à l'hérédo-syphilis est très élevée. L'Institut central des statistiques de Roumanie donne une mortalité de 34.259 sujets de 2 à 30 ans en 1934, la totalité des syphilitiques connus étant de 220.845.

Une autre question est de savoir si une prédisposition nerveuse localise la syphilis sur le système nerveux. Il semble bien en être ainsi dans 80 cas étudiés.

Ainsi, dans un groupe de 14 sujets dont les parents avaient présenté une hémiplégie spécifique on retrouve : 1 cas de paralysie générale, 1 cas d'hémiplégie spécifique, 2 cas de tabes et 6 de syphilis cérébrale.

Dans 9 cas de syphilis cérébrale des parents, les enfants présentèrent : 4 cas de paralysie générale, 3 de syphilis cérébrale et 2 de tabes.

Dans 8 cas de maladies mentales diverses des parents on retrouve chez les enfants : 3 fois la paralysie générale, 3 fois la tabo-paralysie générale, 1 fois la syphilis cérébrale, 1 fois l'hémiplégie syphilitique.

Dans le cas de parents P. G., les enfants présentèrent 3 cas de paralysie générale, 2 cas de syphilis cérébrale.

L'alcoolisme contribue à localiser également la syphilis sur le système nerveux.

Cette disposition morbide héréditaire des descendants se présente surtout entre 30 et 40 ans.

H. Schaeffer.

Paulian, Cardas et **Chiliman.** ***Recherches sur la sclérose en plaques. (Troubles de sécrétion gastrique)*** [*Académie des Sciences de Roumanie*, t. 2, n° 4, 1938]. — Hess et Faltischek ont trouvé de l'hyperchlorhydrie dans 18 cas de sclérose en plaques. Dattner constate que 37 pour 100 des malades présentent de l'hypo-acidité et de l'anacidité.

P. dans des recherches antérieures a trouvé de l'hypo-acidité allant jusqu'à l'anacidité. Il rapporte 12 nouvelles observations de sclérose en plaques dont aucune ne présentait une acidité normale. Dans 5 cas il existait de l'hypo-acidité, dans 4 cas de l'hyper-acidité et dans 3 cas de l'anacidité.

Ces troubles de sécrétion n'étaient pas en rapport avec le degré de la maladie.

P. pense que les troubles de la sécrétion gastrique ont peut-être une influence sur l'évolution de la maladie et a constaté que l'administration d'acide chlorhydrique et de pepsine avait donné dans certains cas une amélioration.

H. Schaeffer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

G. Ionesco, P. Constantinesco, I. Stoian et **Mavacine-Soare.** ***Un cas d'intoxication par le Datura Stamonium*** (*Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, t. 21, n° 2, 1939). — I. et ses collaborateurs rapportent un cas d'intoxication par le Datura Stamonium. Le malade, un jeune homme de 25 ans, forgeron, lequel avait essayé de se soigner un eczéma variqueux pyodermisé par des vaporisations et des cataplasmes d'une décoction de feuilles et de fruits de laurier sauvage. Ce traitement fut répété 4 jours plus tard Le malade fut pris de douleurs violentes locales puis de très forts bourdonnements d'oreille, d'inquiétude accompagnée de palpitations, de raideurs, enfin les yeux se congestionnent, la vue se trouble. Le malade est pris d'hallucinations et d'une peur profonde. Les accès de contractures sont suivis de périodes de repos. Après une nuit terrifiante, le malade est plus calme pendant 48 heures, puis il est repris de nouveaux accès moins violents et plus courts.

Les auteurs rapportent ce cas parce que l'intoxication par la voie transcutanée est rare.

Henri Krauter.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

I. Nubert. ***Les hernies et les varices*** (*Romania Medicala*, t. 17, nos 13-14, 1-15 Juillet 1939, p. 185-187). — Les hernies et les varices sont des affections banales, par leur fréquence. Ottani, de Bologne, a noté leur coexistence chez les mêmes sujets, dans la proportion de 40,6 pour 100. Le chiffre est important et il y a lieu de se demander s'il n'y a pas d'étio-pathogénie commune. Ottani croit que la cause commune serait une insuffisance du tissu conjonctif.

Déjà Letulle dans son *Traité d'Anatomie Pathologique* de 1897 s'exprimait : « Etre atteint à n'importe quel âge de varices au mollet, c'est être victime d'une mutation défectueuse du tissu conjonctivo-vasculaire ».

Il existerait donc une méiopragie du tissu conjonctif congénitale et héréditaire. Les efforts musculaires, la marche, la station verticale ne seraient que des causes adjuvantes.

N. a trouvé en examinant 2.750 malades, 169 cas de hernies, dont 36 étaient porteurs d'ectasies veineuses, varices surtout, donc dans 21,3 pour 100. Le pourcentage de Nabert est moins élevé que celui d'Ottani, mais assez important pour que la question d'une étio-pathologie commune soit posée.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

G. Tötterman (Helsingfors). ***Moelle sternale et sang chez les porteurs de cestodes (Taenia mediocanellata, Bothriocephalus latus)*** [*Acta medica Scandinavica*, suppl. 104, 1939, p. 176]. — Les ponctions sternales faites chez les porteurs de bothriocéphales montrent que l'hématopoïèse est chez eux du type purement normoblastique et qu'elle est un peu inhibée, à en juger par le chiffre moyen légèrement abaissé des normoblastes et la quantité diminuée des réticulocytes. En même temps, la légère déviation à gauche des cellules neutrophiles indique que la leucopoïèse est influencée dans le même sens. Toutefois les modifications mentionnées sont si minimes qu'elles ne ressortent pas de l'examen des cas isolés, mais seulement du calcul des valeurs moyennes des diverses cellules dans les ponctions sternales. Chez les porteurs de bothriocéphales présentant une anémie hypochrome le chiffre des normoblastes n'était pas élevé ainsi qu'il a l'habitude de l'être dans cette anémie. Chez les porteurs de bothriocéphales, les chiffres moyens d'éosinophiles dans les ponctions sternales sont un peu élevés en raison de quelques taux assez forts trouvés chez quelques sujets.

Chez les patients ayant une anémie pernicieuse vermineuse, la moelle osseuse avait un aspect « pernicieux » typique (présence de signes d'une hématopoïèse très accentuée avec un grand nombre de mégaloblastes et de promégaloblastes).

Dans le sang des porteurs de bothriocéphales on constate une légère augmentation du diamètre moyen des hématies, une éosinophilie peu importante et une faible tendance à la leucopénie, sans autres modifications quantitatives certaines. Dans 15 pour 100 des cas il existait une légère anémie avec tendance à une valeur globulaire élevée. Cependant, dans leur grande majorité, ces cas ne peuvent pas être considérés comme des stades précoces d'une anémie pernicieuse. La fréquence de l'achylie chez les sujets présentant de légères modifications sanguines n'était pas plus grande que chez les porteurs de bothriocéphales ne présentant pas une telle anémie. Chez 7 patients existait une anémie avec valeur globulaire basse qui ne peut être rapportée au parasite, car elle ne disparut pas après la cure anthelminthique.

Le volume des hématies et la couleur du sérum se montrent normaux. Les réactions de l'urobiline rencontrées dans l'urine de beaucoup de porteurs doivent être plutôt attribuées à une légère altération hépatique qu'à une hémolyse.

Les porteurs de bothriocéphales, atteints d'une anémie pernicieuse vermineuse, présentaient tous la formule sanguine typique de cette affection et une achylie résistante à l'histamine. Les modifications sanguines s'améliorèrent rapidement après la cure anthelminthique.

Les porteurs de ténia présentaient une éosinophilie médullaire et sanguine plus accentuée que les porteurs de bothriocéphale. Il n'est pas certain que l'hématopoïèse ait été influencée chez eux par le parasite. Vu le petit nombre des cas et le fait que le plus souvent il s'agissait de femmes, l'anémie légère constatée pendant l'infestation ne peut pas être attribuée avec certitude au ténia.

P.-L. Marie.

B. von Bonsdorff (Helsingfors). ***Persistance de l'effet anti-anémique de l'extrait de foie exposé à l'action des vers intestinaux. Influence des vers intestinaux sur l'activité protéolytique « in vitro » de la trypsine, de la papaïne, de la pepsine et spécialement du suc gastrique humain de réaction neutre*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 100, nos 3-5, 14 Juin 1939, p. 436-482). — Le



LABORATOIRE CARLIER — 43 Rue de Créteil - Joinville le Pont (Seine)

HORMANTOXONE

Principe antitoxique du foie, extrait concentré et stabilisé

SUPPLÉE
la fonction antitoxique du foie quand elle est déficiente.

LA STIMULE
quand elle est perturbée

INDICATIONS
Insuffisance de la fonction antitoxique du foie.
Auto et hétéro Intoxications.
Toxi-Infections. - Anaphylaxie.
Intolérances alimentaires.
Dermatoses.

Traitement Physiologique des Troubles intestinaux par le

SAPROXYL

complexe glucidique favorisant les bactéries acidogènes antagonistes des flores pathologiques.

INDICATIONS
Infections Intestinales
Fermentations Intestinales
Putréfactions Intestinales

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LABORATOIRE
Phygiène
Laboratoire français de Spécialités PHYsiologiques et hyGIÈNiques
7, rue Lucien Jeannin, LA GARENNE (SEINE)

mécanisme qui détermine la production d'une anémie pernicieuse chez les porteurs de vers intestinaux demeure encore obscur. On pourrait penser que le ver, d'une façon ou d'une autre, entrave la production ou la résorption du facteur antianémique ou d'un des constituants qui conduisent à sa formation. C'est de cette manière que l'on peut expliquer l'anémie pernicieuse de la sprue, des lésions stomacales, des résections intestinales, etc. On pourrait penser, entre autres, que le ver détruit le facteur intrinsèque ou le facteur extrinsèque.

Aussi B. a-t-il institué une série d'expériences où il a mis en présence d'un puissant extrait hépatique des extraits aqueux de bothriocéphale, de ténia et d'ascaris, des extraits de bothriocéphale soumis à l'ébullition, des extraits alcooliques de bothriocéphale et des filtrats de culture de colibacille. Cet extrait hépatique a été ensuite injecté à des sujets atteints d'anémie pernicieuse. Or, en dépit de ces divers traitements, jamais B. n'a pu constater de perte de l'effet antianémique.

Par ailleurs, on peut se demander si le ver n'entrave pas l'activité du facteur intrinsèque de Castle qui, d'après l'opinion actuelle, est une substance complexe thermolabile, vraisemblablement un enzyme protéolytique actif à un pH voisin de la neutralité.

Les expériences de B. ont établi que les extraits aqueux de bothriocéphale frais et desséché, de ténia et d'ascaris exercent un empêchement marqué sur l'activité protéolytique du suc gastrique humain normal vis-à-vis de la caséine au voisinage de la neutralité. Ces résultats pourraient être importants pour expliquer la pathogénie de l'anémie pernicieuse vermineuse.

Mais les mêmes substances n'empêchent point l'action de la trypsine, de la papaïne, de la pepsine et du suc gastrique quand la réaction est fortement acide. Bien au contraire, l'hydrolyse que traduit l'augmentation de l'azote dans les filtrats obtenus avec l'acide trichloracétique est plus grande dans les digestats contenant de l'émulsion de ver, ce qui va à l'encontre de la théorie qui attribue à des « antienzymes » la résistance des vers à la digestion dans l'intestin.

Les protéines des vers sont rapidement digérées par la trypsine, la papaïne et la pepsine, mais non par le suc gastrique à un pH de 7,4.

L'addition de culture de *B. coli* en bouillon n'influence pas notablement l'effet protéolytique de la trypsine, de la pepsine ni du suc gastrique à la neutralité.

Le bothriocéphale exerce un effet protéolytique considérable sur la caséine. Le maximum de pouvoir digestif s'observe à pH 4; à un pH moindre l'activité digestive diminue rapidement, à un pH plus lentement; on observe encore une digestion modérée à la neutralité et même avec une réaction légèrement alcaline. A ce taux d'acidité le ver s'autodigère. L'activité protéolytique du ténia et de l'ascaris est moindre.

P.-L. Marie.

E. Filo et **F. Subik**. ***Fibrome exogastrique avec hémorragies gastro-intestinales*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **101**, n° 1, 1er Août 1939, p. 34-39). — Chez ce garçon de 14 ans qui présentait de l'anémie, des selles mélaniques et une tumeur de l'hypocondre gauche prise pour une grosse rate, ayant fait porter le diagnostic de pyléphlébite, l'intervention pratiquée dans l'intention de faire une splénectomie, montra une tumeur ovale, pédiculée, insérée sur la grande courbure de l'estomac, du poids de 1.100 *g*. et constituée par un fibrome développé aux dépens de la sous-muqueuse, qui avait été l'origine des hémorragies. Les plis de la muqueuse présentaient des zones nécrosées avec des vaisseaux distendus ou trombosés.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Melczer et **Sipos**. ***Bubon d'origine lymphogranulomateuse et tuberculeuse*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 2, mars 1939, p. 135-147). — On a rapporté de nombreux cas de maladie de Nicolas-Favre associée à la syphilis, plus rarement au chancre mou. L'association lymphogranulomateuse et tuberculeuse a été signalée par Nicolas, Gaté, Chevallier, Ramel.

M. et S. ont observé une asociation de ce genre chez une veuve de 52 ans, atteinte dans la région inguinale droite d'un bubon inflammatoire, douloureux gros comme un poing, et existant depuis 1 an environ. Un bubon analogue existait dans l'aine gauche et fut extirpé chirurgicalement. Les ganglions iliaques droits sont volumineux et douloureux. Monocytose 15 pour 100. Les réactions de B.-W. et l'intradermo-réaction d'Ito-Reenstierna sont négatives ; par contre le Pirquet et le Frei sont positifs.

Le pus du ganglion ramolli s'est montré stérile à la coloration et à la culture ; mais l'inoculation intrapéritonéale au cobaye a déterminé une tuberculose généralisée. L'antigène de Frei fait avec le pus de la malade a donné une réaction positive chez la malade même et chez 2 sujets lymphogranulomateux et négative chez des sujets de contrôle. L'inoculation du pus dilué dans l'aine de 3 cobayes détermina un gonflement gros comme une fève, puis comme un pois. L'inoculation du pus à la souris blanche entraîna la mort ; elle fut négative chez le lapin.

M. et S. estiment que dans ce cas le bubon est dû à une infection mixte, tuberculo-lymphogranulomateuse. La présence de ganglions volumineux généralisés semble montrer que la tuberculose est plus ancienne, mais ce n'est qu'une hypothèse.

R. Burnier.

Stryjecki (Varsovie). ***Réactions de B.-W. positives d'un caractère temporaire et non spécifique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **20**, fasc, 2, Mars 1939, p. 168-171). — S. a recherché comment se comportait vis-à-vis de l'antigène syphilitique le sérum sanguin au cours de diverses maladies : typhoïde, paludisme, tuberculose, diabète, pneumonie, rhumatisme, cancer, empoisonnement par l'acide acétique, et enfin la réaction du sérum syphilitique (avec B.-W.+) vis-à-vis de l'émulsion de bacilles d'Eberth et de Bang.

Le sérum syphilitique agglutina le bacille d'Eberth dans 7,7 pour 100. Il n'a pas agglutiné les bacilles de Bang.

Le sérum de typhiques fixa le complément sur l'antigène B.-W. dans 22 pour 100 des cas; le sérum de tuberculeux dans 9,3 pour 100, le sérum de diabétiques dans 6 pour 100, le sérum de cancéreux dans 5 pour 100, le sérum de paludéens dans 40 pour 100. le sérum dans les cas d'empoisonnement par l'acide acétique dans 35 pour 100, le sérum de pneumoniques dans 5,5 pour 100. le sérum de rhumatisants dans 0 pour 100. Dans tous ces cas, la réaction positive avait un caractère temporaire ; elle était stable en présence d'un processus spécifique.

R. Burnier.

Sonck. ***5 cas de lymphogranulomatose inguinale chez l'enfant, avec manifestations rectales et arthropathies*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 2, Mars 1939, p. 171-190). — La lymphogranulomatose inguinale est très rare chez l'enfant. S. en rapporte 5 cas chez des fillettes de 9 et 4 ans et chez 3 sœurs de 6, 7 et 8 ans, dont les parents avaient été atteints de maladie de Nicolas-Favre et dont les mères étaient atteintes de rectites chroniques avec rétrécissement. Le Frei était positif chez toutes les fillettes. 4 d'entre elles avaient une rectite ; une seule avait eu des adénopathies inguinales. Aucune lésion primitive ne put être décelée chez les enfants. 3 fillettes avaient eu une hydarthrose des genoux.

La maladie ne pouvait être congénitale chez aucun des enfants, les parents ayant été atteints de lymphogranulomatose après la naissance des enfants ; ce qui montre que la maladie de Nicolas-Favre peut être contractée autrement que par des rapports sexuels.

Les symptômes et le cours de la maladie ne paraissent pas différents chez ces fillettes de ceux de la maladie chez les femmes adultes. La localisation rectale semblerait assez fréquente.

Le traitement de ces manifestations de la maladie de Nicolas-Favre chez l'enfant est, jusqu'à présent, peu efficace.

R. Burnier.

Dainow. ***Traitement des dermites professionnelles par les vitamines A et D.*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 2, Mars 1939, p. 191-203). — Les avitaminoses, spontanées ou expérimentales, retentissent sur le tégument. Les vitamines A, C. et D, qui existent normalement dans la peau, ont agi favorablement dans le traitement de diverses dermatoses : psoriasis, herpès, zona, érythrodermies médicamenteuses, ulcères de jambe, eczéma, etc.

D. a traité un certain nombre de dermites professionnelles par des injections intramusculaires de 2 cm^3, trois fois par semaine, de vitadone Byla (solution huileuse de vitamine A et D contenant 10.000 U.I. de chacune d'elles par cm^3. Certains malades ont reçu en outre des applications locales de vitamine D.

Sur 12 observations rapportées d'eczéma professionnel causé par divers bois, vernis, térébenthine, gomme-laque, soude, savon noir, peinture, ciment, D. a obtenu dans 11 cas non seulement la disparition des manifestations cutanées, mais encore une véritable désensibilisation des malades, puisque certains d'entre eux ont repris sans inconvénients leurs occupations professionnelles et d'autres ont pu être traités et guéris sans interrompre leur travail.

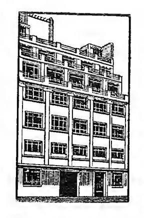
Chez le 12e malade, atteint de dermite des mains, causée par le contact de crayons, d'acétate de méthyle, de couleurs, de térébenthine, de pétrole, de savon noir, il y a eu guérison presque complète après 20 injections de vitadone, puis récidive sans nouveaux contacts avec des produits irritants.

R. Burnier.

Brander. ***L'étiologie des appendices de l'oreille*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 3, Mai 1939, p. 213-222). — Sous le nom d'*appendices de l'oreille*, on entend de petites tumeurs souvent pédiculées, grosses comme une tête d'épingle ou une noisette, situées au voisinage du cartilage de l'oreille. Ces lésions formées de tissu cartilagineux élastique, sont considérées habituellement comme des *nævi branchiogènes* (*nævi chondrosi*), comme des *chondroblastoïdes* ou des *chondrodermoblastoïdes* du cartilage de l'oreille. Ils s'observent plutôt chez le garçon que chez la fille et sont le plus souvent unilatéraux.

La notion de l'hérédité de ces tumeurs avait été repoussée par certains auteurs en raison de l'apparition discordante de ces lésions chez les jumeaux univitellins. Cependant, si on se base sur la fréquence de ces appendices chez certaines familles dont on connaît l'arbre généalogique, cette hérédité ne peut plus aujourd'hui être mise en doute, bien qu'il soit actuellement impossible de déterminer avec sûreté dans quelles conditions intervient cette hérédité ; on a soulevé l'hypothèse d'une prédisposition dominante avec pénétration disparate.

R. Burnier.



LES LABORATOIRES

CRINEX-UVÉ

continuent la fabrication de tous leurs produits :

OPOTHÉRAPIQUES :

CRINEX	biosymplex ovarien total	**PANPHYSEX**	bios.x hypophysaire total
OREX	biosymplex orchitique total	**FLAVEX**	biosymplex luteïnique total
FRÉNOVEX	— lutéo-mammaire	**MÉTREX**	biosymplex endomyométrial

RECONSTITUANTS

Gouttes UVÉ **UVÉSTÉROL**

La qualité de ces préparations est garantie, comme auparavant, par de multiples contrôles. Les pharmaciens sont régulièrement réapprovisionnés.

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ



1 av. du D[r] Lannelongue, Paris 14[e]

REVUE DES JOURNAUX

BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

R. J. Weissenbach, F. Françon et **L. Perles.** ***Quelle est la fréquence relative des diverses formes de rhumatisme chronique ?*** (*Bulletin médical*, t. **53**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 430-432). — Le pourcentage des différentes formes de rhumatisme chronique varie considérablement suivant les milieux étudiés : clientèle de ville, clientèle hospitalière, groupements ethniques ou sociaux, collectivités d'âge différent.

W., F. et P. comparent les statistiques de Merklen, à l'hôpital d'Aix-les-Bains, de Bertani, à Buenos-Aires, de Heneh, à la clinique de la Croix-Rouge britannique, de Tessier et Roque, celles des Hôpitaux thermaux anglais, celles des Hôpitaux hongrois, celles de la Commission permanente du Rhumatisme au Ministère de la Santé publique et donnent leur opinion personnelle.

Ils estiment que les rhumatismes chroniques d'infection représentent les 3/5 des cas observés, les 2/5 restant réunissent les cas de rhumatisme chronique par ostéoarthrite hypertrophique dégénérative, ceux d'origine dysmétabolique hétéro- et autotoxique, endocrinienne, sympathique, statique, traumatique, etc...

Dans l'ensemble, il faut retenir la prédominance de trois grandes séries de formes : les rhumatismes abarticulaires non viscéraux, les rhumatismes chroniques progressifs inflammatoires à tendance généralisée, l'ostéoarthrite hypertrophique dégénérative.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. A. Barré. ***L'anxiété vestibulaire*** (*Gazette des hôpitaux*, t. **112**, n°s 55-56, Juillet 1939, p. 953-960). — Un certain nombre de sujets présentant des malaises mal définis, avec anxiété, sont souvent considérés comme des psychiques, anxieux, neurasthéniques, agoraphobiques, psychasthéniques, alors que chez eux, la fonction vestibulaire n'est pas intacte et peut jouer un rôle dans la genèse des troubles présentés.

Tantôt ces sujets ont été atteints d'une affection de l'appareil vestibulaire et, au moment de la convalescence ou après un intervalle plus ou moins long de guérison apparente, ils ressentent une impression d'insécurité dans la marche, qui les rend craintifs, inquiets et les portent à éviter de sortir seuls. D'autres malades se plaignent de troubles innombrables que l'on peut rattacher à un déséquilibre sympathique. Il existe encore un type d'anxiété vestibulaire à forme astaso-abasophobique, un à forme d'agoraphobie, et un pseudo-angineux.

Ces malades ont en commun quelques symptômes. Le malaise apparaît régulièrement ou s'exaspère dans la station debout; quelquefois il peut réveiller le sujet et naître au moment où il s'est retourné dans son lit. Certains le comparent à la sensation de mal de mer. D'autres fois, il s'agit surtout d'insécurité dans la marche. Le sol est mal perçu, il paraît mouvant, ondulé ou mou. La plupart marchent beaucoup plus mal le soir à la tombée de la nuit. Presque tous se plaignent de faiblesse des membres inférieurs et sentent « un tremblement intérieur ». On note chez eux quelques paradoxes; alors que la station debout est une cause de malaise, la marche est peu assurée, ils courent avec une parfaite facilité et sans signes de fatigue. Certains sont très étonnés de pouvoir faire de la bicyclette sans inconvénient et de n'avoir aucun trouble de l'équilibre, ni anxiété même après de longues randonnées.

L'examen objectif de l'appareil vestibulaire doit porter sur les canaux semi-circulaires et les otolithes, et comprend un certain nombre d'épreuves cliniques et expérimentales.

Le syndrome d'anxiété vestibulaire s'observe surtout chez les adultes entre 18 et 65 ans, il est tantôt pur, tantôt associé à diverses affections nerveuses.

Certaines formes sont épisodiques, d'autres guérissent, mais les récidives paraissent fréquentes.

Le traitement portera sur l'élément anxiété et sur l'élément vestibulaire. Il comprend surtout les substances capables de calmer les incitations nerveuses qui partent des appareils semi-circulaires ou otolithiques.

Robert Clément.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

A. Motte. ***Gangrène aiguë symétrique des extrémités post-grippales*** (*La Gazette médicale de France*, t. **46**, n° 11, 1er Juin 1939, p. 649-650). — Un homme de 76 ans, au décours d'un épisode grippal, accuse des sensations d'engourdissements des doigts et des orteils, puis apparaissent aux doigts et aux orteils des taches violacées, puis noirâtres, enfin un sphacèle complet des 5 orteils, momifiés depuis leur base jusqu'à leur extrémité. Aux mains, la gangrène est moins régulièrement répartie. Les oscillations sont parfaitement conservées, la tension artérielle de 15-9 au Vaquez, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les parties sphacélées s'éliminent spontanément, presque sans suppuration.

La pathogénie de cette gangrène aiguë symétrique des extrémités, distincte du syndrome de Raynaud et apparue après un épisode infectieux pulmonaire, est discutée.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL
(Paris)

J. Facquet et **R. Claisse.** ***Les asthmes mortels.*** (*Paris-Médical*, t. **29**, n° 31, 5 Août 1939, p. 113-117). — Chez une femme de 59 ans, un asthme datant de 3 ans s'est aggravé progressivement, les crises devenant de plus en plus fréquentes et de plus en plus intenses, non influencées ni par les saisons, ni par la température, ni par l'alimentation, ni par le lieu de résidence. Une cure au Mont-Dore, l'anesthésie du ganglion stellaire, la pyrétothérapie se révélèrent sans effet. La mort survint par syncope au cours d'une crise de moyenne intensité après 2 injections de Sédol et deux ampoules d'Evatmine, en 3 heures. A l'autopsie, les grosses bronches ne contiennent aucun exsudat, les poumons sont emphysémateux et non congestionnés, le cœur était normal; mais il existait un cancer du pylore.

Une seconde observation concerne une femme de 28 ans ayant présenté une crise d'asthme à type asphyxique qui n'avait pas paru influencée par des ventouses, des injections d'Evatmine et de morphine. Une saignée de 500 *g.*, une injection intraveineuse de 1/4 de *mg.* d'Ouabaïne, 1 *cg.* de morphine et 10 *cg.* d'huile camphrée amenèrent une amélioration passagère. Une inhalation continue de carbogène fit diminuer la cyanose, amplifia les mouvements respiratoires et sortit la malade de l'état comateux qui semblait du plus mauvais augure. La malade a continué à avoir des crises d'asthme et celles-ci n'ont pas été améliorées par un traitement systématique par le carbogène.

A propos de ces deux observations, F. et C. passent en revue les cas d'asthme mortel antérieurs. Les malades succombent en général à une asphyxie progressive et à l'obstruction des bronchioles par un exsudat mucineux extrêmement dense formant de véritables moules bronchiques que l'on n'a pas retrouvés dans le cas mortel ci-dessus. Plus rarement, la mort est due à une syncope.

L'adrénaline est un remède souvent héroïque de l'asthme, mais il convient de ne pas en multiplier les injections au cours d'un nycthémère. Quant à la morphine, il faut en principe en prescrire ou en modérer l'usage.

Dans les asthmes asphyxiques, les inhalations d'oxygène ou mieux d'un mélange d'oxygène et de gaz carbonique paraissent indiquées.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

P. Duhem. ***La climalyse et la thérapeutique des affections du neurone moteur périphérique*** (*Le Progrès médical*, t. **67**, n° 15, 15 Avril 1939), p. 523-528). — Dans la recherche des réactions électriques, le facteur temps d'excitation intervient pour une part aussi grande que les variations de l'intensité. On peut l'envisager de deux façons. La chronaxie, c'est le temps de passage du courant nécessaire pour produire la contraction musculaire. La climalyse c'est le temps d'établissement de ce courant, nécessaire pour annuler la contraction minima sur un muscle. Il faut pour obtenir la climalyse : 1° déterminer par le procédé ordinaire la réaction minima d'un nerf ou d'un muscle ; 2° rechercher quel est l'allongement qu'il faut donner à la pente d'établissement du courant pour annuler la contraction obtenue auparavant.

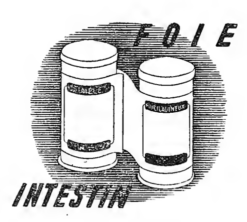
L'étude de la chronaxie, si intéressante au point de vue physiologique, l'est beaucoup moins au point de vue pathologique, car c'est surtout une mesure de fibre musculaire saine et l'on ne peut tenir compte des mesures qu'elle donne que si elles sont effectuées au point moteur. L'étude de la climalyse, au contraire, est capitale au point de vue pathologique par le fait qu'elle mesure surtout la fibre malade et que ses résultats sont les mêmes, qu'elle soit mesurée au point moteur, sur le corps musculaire ou même sur le tendon. La vitesse d'excitabilité d'un muscle dépend très exactement du degré de son altération.

Le chiffre de climalyse trouvé indique la pente à donner au courant électrique pour traiter avec succès tel ou tel muscle déterminé.

Pour ranimer la contractilité musculaire ainsi que sa tonicité, dans les paralysies du neurone moteur périphérique, on dispose de plusieurs moyens d'inégale valeur. L'excitant volontaire est utilisa-

ENTEROSPASMYL

Logeais



GRANULÉ VITAMINÉ

n'est pas un charbon

DEUX FORMES

S I M P L E (Hépatique)	
Vitamine A.	4.000 U. I
Vitamines B_1 et B_2	550 U. I.
Argent colloïdal adsorbé.	0 gr. 0186
sur C. A.	0 gr. 345
Peptones polyvalentes	1 gr. 330
Hexaméthylènetétramine	1 gr.
Silice colloïdale	8 gr.
Kaolin colloïdal	7 gr. 96
Sulfate de soude anhydre.	1 gr. 33
Carbonate de magnésie	1 gr. 99
Lactose	1 gr. 06
Sucre aromatisé Q. S. p.	100 gr.

★

M U C I L A G I N E U X (Intestinal)	
Vitamine A	4 000 U. I.
Vitamines B_1 et B_2	550 U. I.
Mucilage végétal gommeux	73 gr.
Extrait de rhamnus frangula purifié .	1 gr. 25
Poudre de belladone	0 gr. 30
Sucre aromatisé Q. S. p.	100 gr.

LABORATOIRES

JACQUES LOGEAIS

ISSY-LES-MOULINEAUX ***PARIS***

ble lorsque la paralysie n'est pas absolument totale, c'est la rééducation motrice qui joue un rôle considérable dans la reconstitution musculaire. Quand la volonté est impuissante ou insuffisante, c'est à l'excitant électrique qu'il faut avoir recours. Le gros écueil à éviter, c'est la fatigue du muscle, il faut employer des courants progressifs. Les excitants mécanique, lumineux, calorique et chimique ont également leurs indications.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Lafargue, Bergouignan, Lafon et Gaillon. ***Deux observations de névralgie sciatique par hernies méniscales opérées et guéries*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 29, 16 Juillet 1939, p. 447-450). — Chez un cultivateur de 46 ans, présentant depuis un an des douleurs dans le membre inférieur gauche, avec crises paroxystiques et nécessitant l'alitement, aréflexie achilléenne et hyporéflexie rotulienne. La radiographie, après injections de lipiodol intra-rachidien, montra une image d'arrêt au niveau du disque L IV, L V. Devant cette image, une laminectomie permit d'accéder sur une néoformation dure, blanchâtre, adhérant à la face profonde du canal rachidien et soulevant des formations nerveuses. Abrasion à pince-gorge à la curette et au ciseau. Après l'intervention, les douleurs à la toux disparaissent, mais les élancements douloureux restent vifs à la moindre mobilisation pendant 10 à 15 jours et vont en diminuant pendant 2 mois.

La deuxième observation concerne un homme de 57 ans dont les crises douloureuses lombaires ont débuté 10 ans auparavant, d'abord sous forme de lumbago, puis de crises de sciatique tantôt droite, tantôt gauche et finalement des troubles sphinctériens et des troubles de la sensibilité objective. Le diagnostic de compression de la queue de cheval qui s'imposait fut confirmé par un arrêt massif du lipiodol injecté dans l'espace rachidien. L'examen pratiqué suivant la technique de Glorieux montra une image anormale au niveau du disque sus-jacent, entraînant une forte probabilité en faveur de hernies étagées des disques lombaires, l'une volumineuse responsable de la compression, l'autre plus petite. L'intervention confirma cette hypothèse et montra, en outre, une réaction arachnoïdienne minime. Les suites opératoires furent bonnes.

Dans nombre de cas où le diagnostic de névralgie sciatique par hernie du disque vertébral est certain, on peut cependant espérer une sédation remarquable par le traitement médical; il faut réserver la thérapeutique chirurgicale aux cas rebelles, récidivants, qui se rencontrent surtout chez les sujets professionnellement exposés à des efforts de la colonne lombaire.

ROBERT CLÉMENT.

Bergouignan et Gaillon. ***Considérations pratiques sur les névralgies sciatiques par hernie des disques intervertébraux*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 30, 23 Juillet 1939, p. 455-460). — Le diagnostic étiologique de la névralgie sciatique est souvent malaisé. Dans un certain nombre de cas, B. et C. ont cherché systématiquement un facteur étiologique encore peu connu: la hernie des disques intervertébraux lombaires.

Le nucléus pulposus enfermé sous pression dans sa prison élastique peut faire hernie de divers côtés, favorisé par la faiblesse de l'anneau fibreux ou par l'augmentation brusque de la pression. La fréquence de ces hernies est difficile à traduire par des chiffres. La hernie postérieure intra-rachidienne donne lieu à la formation d'un nodule de consistance ferme. Le plus souvent, c'est la moelle qui est quelquefois comprimée sur les lames, parfois, c'est une racine qui cravate la hernie et se trouve étirée et poussée vers le bas. Après laminectomie, la hernie est rarement apparente; il faut pour la découvrir inciser la dure-mère antérieure et postérieure. Avant d'être individualisées, ces hernies furent considérées comme des néoplasies du type chondrome, puis plus tard classées parmi les ecchondroses.

Parfois l'étude clinique du malade peut mettre sur la voie du diagnostic; il est exceptionnel qu'elle puisse l'assurer à elle seule. L'examen de la névralgie sciatique permet quelquefois de la rattacher à une compression radiculaire qui peut faire songer à une tumeur ou à une arachnoïdite.

Peuvent évoquer la possibilité d'une hernie postérieure du disque intervertébral lombaire, la notion d'un traumatisme rachidien, surtout de mouvement forcé du rachis; une période de lumbago précédant la douleur sciatique, le caractère unilatéral de la névralgie, le fait que le décubitus calme la douleur, la station et la marche, l'exagère, la mobilisation du rachis provoque une douleur vive, l'évolution paroxystique de la douleur avec rémission prolongée.

La ponction lombaire ne montre pas de blocage par l'épreuve de Queckenstedt et les altérations du liquide céphalo-rachidien sont peu significatives. Seul l'examen lipiodolé rachidien permet d'affirmer le diagnostic.

Le traitement consiste en repos en décubitus, injections cocaïnées intra-vertébrales, radiothérapie. Si malgré cette thérapeutique, l'affection se prolonge ou récidive, on est en droit de tenter une laminectomie, l'ablation du nodule; quelques auteurs y associent une greffe d'Albee.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

P. Boudou. ***Un cas d'inoculation charbonneuse par un objet de toilette*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. 116, n°s 18-19, 6-13 Mai 1939, p. 518-519). — Une jeune femme ayant présenté vers la partie interne de la région scapulaire, une pustule maligne confirmée par la découverte du bacille charbonneux dans la sérosité, on se demanda comment avait pu se faire la contamination. Une piqûre de mouche était peu probable, pas plus que le contact d'une fourrure neuve jetée sur les épaules nues. Une seule cause parut possible, la friction quotidienne des épaules avec une lanière de crin neuve achetée huit jours auparavant dans une pharmacie. On ne nous dit pas que la bactéridie charbonneuse ait été cherchée et trouvée au niveau de la lanière de crin.

60 cm^3 de sérum injecté sous la peau de l'abdomen et 20 cm^3 dans l'œdème régional pendant trois jours amenèrent, le troisième jour, la diminution de l'œdème, l'abaissement des phlyctènes et la guérison; l'escarre de la dimension d'une pièce de 5 fr. ne fut éliminée que longtemps après.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (Lyon)

M. Favre. ***L'angio-réticulose ulcéreuse de la peau et des muqueuses. [Notes cliniques et histologiques sur deux cas d'angiomatose mortelle de la face chez des nouveau-nés]*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 465, 20 Mai 1939, p. 319-331). — Chez deux nourrissons, un angiome d'abord très superficiel et surtout constitué de varicosités capillaires multiples a pris, peu de jours après leur naissance, une marche extensive rapide. Il a causé aux oreilles et aux lèvres de graves mutilations et s'est révélé d'une grande malignité locale et a fini par entraîner la mort.

L'étude histologique des lésions ulcéreuses cutanées et muqueuses a permis d'opposer à la gravité de leur évolution clinique la discrétion de leurs manifestations histologiques. Chez aucun des deux malades, on n'a trouvé aux lèvres et aux oreilles, cependant si gravement atteintes, de lésions anglomateuses denses de formation compacte d'angiome. Dans les deux cas, il s'agissait de néo-formations capillaires et de larges cavités sanguines paraissant développées au sein de traînées de cellules conjonctives libres. Au cou, par contre, les formations angiomateuses sont épaisses et denses.

L'examen anatomo-pathologique a révélé d'importantes lésions viscérales du foie, des poumons et de la rate, de même type que celles que l'on observe dans certaines scléroses polyviscérales de l'adulte. Les lésions pulmonaires portent sur le tissu conjonctif satellite des bronches et de leurs vaisseaux nourriciers. Les vaisseaux entourés d'énormes couches de tissu conjonctif présentent des stratifications, des bourgeonnements de leur tunique interne et par endroits des thromboses en voie d'organisation. Certaines bronches sont dilatées et bourgeonnent dans le tissu conjonctif qui les entoure.

Les altérations hépatiques consistent en foyers d'hépatite interstitielle, qui ont pour siège les espaces porto-biliaires.

Le pronostic de certaines angiomatoses est parfois difficile à porter. Les causes qui suscitent dans le tissu conjonctif la stimulation pathologique de son pouvoir angioplastique sont encore mystérieuses.

ROBERT CLÉMENT.

P. Sedallian et P. Monnet. ***L'auto-agglutination des hématies [A propos d'un cas observé dans le kala-azar*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 466, 5 Juin 1939, p. 361-364). — Le phénomène de l'auto-agglutination des hématies est exceptionnel; on l'observe en général à l'occasion d'une numération globulaire: le sang recueilli dans une solution ordinaire est immédiatement aggloméré en grumeaux et la numération est impossible.

Cette auto-agglutination a été constatée chez un enfant de 11 ans atteint de kala-azar, au début de Mai 1938, alors que les « leishmanias » avaient été mis en évidence par ponction sternale en février. L'agglutination n'avait certainement pas existé auparavant car l'enfant avait été l'objet de nombreuses recherches hématologiques. Au moment où elle a été découverte, l'enfant avait la fièvre depuis 8 mois, il venait de recevoir un traitement intense d'extrait hépatique et de sels d'antimoine. Le phénomène a été constaté une deuxième fois un mois plus tard alors que l'enfant avait subi deux transfusions, puis il disparut en Juillet, alors que la formol-gélification persistait.

L'auto-agglutination des hématies ne semble avoir aucune signification séméiologique, ni pronostique. Deux transfusions ont été pratiquées sans accident alors que le sérum agglutinait, *in vitro*, les globules rouges de tous les donneurs, y compris ceux qui avaient servi à la transfusion.

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

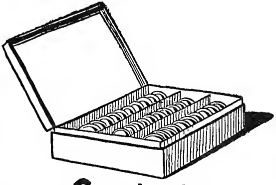
P. Santy, P. Mallet-Guy et J Michel. ***Notre pratique de la cholécystogastrostomie dans les ictères chroniques par rétention*** (*Lyon-Médical*, t. 162, n° 23, 4 Juin 1939, p. 645-656). — De Septembre 1922 à Mars 1939, ont été pratiquées 65 cholécystogastrostomies et une cholécystoduodénostomie pour ictère chronique par rétention.

28 opérés ont succombé du premier au vingtième jour après l'intervention, soit un taux global de mortalité de 42,5 pour 100. La mortalité s'élève

PHYTOTHÉRAPIE INTÉGRALE

TOT'HAMÉLIS

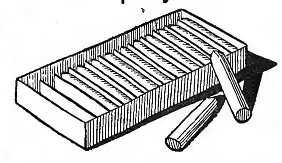
CHANTEREAU



Cachets
Deux par jour



Comprimés
Six par jour



Suppositoires
Un a deux par jour

Formule :

Feuilles d'Hamamélis administrées en nature, avec la totalité des principes actifs de la plante fraîche.

Avantages :

Renferme des principes insolubles dans les liquides usuels, qui ne peuvent exister dans les teintures ou extraits. Sans alcool, sans opothérapique, sans toxique. Permet au Médecin : 1° de conserver la direction du traitement (qui lui est enlevée par les associations polyvalentes) en prescrivant le TOT'HAMÉLIS isolément ou associé à des adjuvants de son choix selon les cas envisagés ; 2° d'éviter l'accoutumance en alternant la prescription des éléments d'une association choisie.

Indications :

Varices, hémorroïdes, tous les troubles congestifs résultant d'insuffisance de la circulation en retour.

Mode d'emploi :

Cachets : 2 par jour. Comprimés : 6 par jour. Suppositoires (anesthésiants par addition de scuroforme) : 1 à 2 par jour.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX :

Laboratoires CHANTEREAU, 26bis, rue Dombasle — PARIS (XVe)

à 50 pour 100 pour les opérations pratiquées de 1922 à 1931, elle est de 35 pour 100 seulement pour celles faites de 1932 à 1939. Cette amélioration semble due à l'usage exclusif, à partir de 1932, du bistouri électrique et dans la substitution habituelle à l'anesthésie générale, de l'anesthésie locale.

Trois périodes sont particulièrement critiques dans les suites opératoires. Au cours des deux premiers jours (5 cas), collapsus ou hémorragie foudroyante ; du septième au neuvième jour (7 cas), complications pulmonaires relativement rares, plus souvent oligurie progressive et coma ou hémorragie secondaire ; du quinzième au vingtième jour (4 cas), complications hémorragiques. Dans l'ensemble, l'insuffisance hépatique sous toutes ses formes est responsable de la grande majorité des complications mortelles chez les ictériques, après cholécystogastrostomie.

La gravité de la cholécystographie est à peu près la même pour les deux sexes. La mortalité croît avec l'âge, 26 pour 100 de 40 à 50 ans, 45 pour 100 de 50 à 60 ans, 41 pour 100 de 60 à 70 ans, 66 pour 100 au delà de 70 ans.

Les suites immédiates de la cholécystogastrostomie dans l'ictère chronique dépendent directement de l'état du foie. Il n'y a aucun parallélisme entre les données hématologiques et les suites opératoires. La recherche de la glycémie provoquée ne semble pas donner de renseignements de quelque valeur sur l'avenir immédiat des opérés. La seule notion caractéristique est celle du délai écoulé entre l'installation de l'ictère et l'intervention.

Sur 24 cas opérés avant le trentième jour, 19 guérisons, 5 morts post-opératoires (26,3 pour 100) ; sur 37 opérés après un mois d'ictère, 15 guérisons, 22 morts (59,4 pour 100).

Si l'on veut tenter quelque chose chirurgicalement, le diagnostic entre ictère infectieux prolongé et occlusion mécanique des voies biliaires ne doit pas être laissé en suspens trop longtemps, c'est au cours du premier mois que doivent être mises en œuvre les recherches nécessaires à ce diagnostic.

Robert Clément.

J. Froment, P. Bonnet et **J. Brun**. ***Maladie de Paget généralisée post-traumatique*** (*Lyon-Médical*, t. **163**, n° 33, 13 Août 1939, p. 169-176). — Un homme de 49 ans sans antécédents pathologiques notables a été victime d'un violent traumatisme ayant porté sur tout le côté droit avec fracture de la jambe droite et contusions de la région temporo-pariétale droite. La radiographie de la jambe ne montrait aucune lésion permettant de soupçonner une maladie de Paget au début. Six mois plus tard survinrent des troubles psychiques : anxiété, indécision, perte de mémoire, etc... Une radiographie du crâne 21 mois après l'accident révéla des altérations caractéristiques d'un Paget cranien. Vingt-huit mois après l'accident, d'autres radiographies montrent une maladie de Paget atteignant tout le squelette, avec altérations particulièrement marquées au niveau du crâne, du bassin, des os de la cuisse et de la jambe et prédominant du côté traumatisé.

L'hémianopsie latérale homonyme gauche, l'hémianesthésie gauche font soupçonner une lésion encéphalique localisée à la région temporo-pariétale droite. L'ascension du ventricule droit révélée par l'encéphalographie permet de supposer l'existence de lésions encéphaliques cicatricielles attirant le ventricule du même côté.

Il existe d'autres observations dans lesquelles des lésions pagétoïdes ont pu être atribuées à un traumatisme, mais elles restent en général cantonnées au voisinage de la région intéressée par le traumatisme et n'ont pas abouti à une maladie de Paget généralisée.

L'étiologie de la maladie osseuse de Paget est encore mystérieuse et il est très difficile de savoir la part qu'il faut attribuer au traumatisme dans la genèse des accidents observés. On ne peut affirmer que l'accident ait créé à lui seul une maladie de Paget. Il est plus vraisemblable de penser que le malade était dans un état prépagétique, les lésions s'étant développées rapidement à la suite du choc reçu. On ne saurait dire davantage si le traumatisme agit directement sur le squelette ou indirectement en provoquant un déséquilibre nerveux ou humoral.

Robert Clément.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

A. Françon (Aix-les-Bains). ***Le rhumatisme xiphoïdien*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 6, n° 7, Juillet 1939, p. 767-770). — L'appendice xiphoïde est uni au corps du sternum par une articulation qui est une synchondrose, figurée par une lame cartilagineuse qui se continue avec la lame postérieure du sternum.

Cette articulation sterno-xiphoïdienne peut être le siège de douleurs rhumatismales.

Le plus souvent ces douleurs arthralgiques sont associées à d'autres localisations articulaires comme dans deux observations de F. Il est par contre, excessivement rare que l'arthropathie xiphoïdienne soit la seule localisation douloureuse. Dans ce cas, le diagnostic peut être délicat.

L'arthropathie xiphoïdienne est caractérisée par des douleurs spontanées au niveau du creux de l'estomac exagérées par la pression ou par toute mobilisation de l'appendice xiphoïde, par exemple dans la toux, l'éternuement, l'inspiration profonde. Les sensations douloureuses présentent souvent des irradiations dans la paroi supérieure de l'abdomen, par tiraillement des faisceaux musculaires qui s'insèrent à l'appendice xiphoïde. Dans un cas, la douleur devenait beaucoup plus vive si le sujet essayait d'incliner son buste en avant ou s'il marchait plus vite ou s'il montait une pente. L'inspection ne révèle rien d'anormal au niveau de la peau, la palpation réveille une douleur plus ou moins vive suivant les sujets.

Après avoir éliminé toutes les causes possibles de douleurs par troubles respiratoires, cardiaques, gastro-intestinaux ou hépatiques, le diagnostic se pose surtout avec la névralgie intercostale des 7e et 8e nerfs intercostaux qui présente un point douloureux à la pression au niveau de leur terminaison, vers le creux épigastrique, mais se différencie par la sensibilité du nerf intercostal dans tout son trajet; et avec le point douloureux au niveau du plexus solaire, situé plus bas que le point xiphoïdien et un peu à gauche.

Le pronostic est très bénin. Le traitement est celui des algies rhumatismales.

Robert Clément.

THE BRITISH JOURNAL of RADIOLOGY
(Londres)

F. Ellis. ***Radiosensibilité des mélanomes malins*** (*British Journal of Radiology*, t. 12, n° 138, Juin 1939, p. 327-352). — Le travail d'Ellis est fondé sur les observations relevées dans la littérature et sur 38 cas traités au Centre du Radium de Sheffield de 1931 à 1937.

D'une manière générale, les mélanomes ne sont pas considérés comme radiosensibles, bien qu'il soit difficile d'asseoir cette opinion sur des données précises en raison notamment de ce que les observations manquent de précision, et E. rapporte nombre d'écrits dans ce sens dus à différents auteurs. Il considère cependant que les observations sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir nier la radiosensibilité de ces tumeurs, et que si les auteurs ne les ont pas soumises plus fréquemment à l'action des radiations (rayons X ou radium), c'est qu'ils tenaient pour admise leur radiorésistance pour une part, et que, traitées le plus souvent chirurgicalement, elles n'étaient soumises à la radiothérapie qu'après récidives ou métastases.

E. rapporte alors en détail les observations des 38 cas traités de 1931 à 1936, et les divise en six groupes : 1° 12 cas, se rapportant aux régions les plus diverses (dont une récidive et un cas de métastase), dans lesquels l'on peut considérer que la radiothérapie a obtenu des *succès* ; 2° 2 cas avec résultats positifs *douteux*; 3° 7 cas qui furent des *échecs*; 4° 6 cas dans lesquels la radiosensibilité n'est pas prouvée; 5° 7 cas traités après énucléation de l'œil, en tous points analogues à ceux du groupe précédent, mais groupés à part par commodité; 6° 4 cas qui n'ont pas été irradiés, soit en raison du degré avancé de la lésion, soit pour refus du traitement.

E. étudie les raisons possibles des échecs constatés, qui, pour lui peuvent être : *a*) indépendantes du sujet lui-même, comprenant notamment trois facteurs : le traumatisme, y compris l'acte opératoire, l'infection, la radiothérapie elle-même, et rapporte les observations qu'il a pu faire dans ce sens chez les sujets traités ; *b*) d'ordre biologique, où peuvent être invoqués de nombreux facteurs comme : la résistance à l'évolution maligne du sujet, l'âge (tous les sujets chez qui fut observée la radiosensibilité avaient plus de 42 ans, avec un âge moyen de 58 et 6 mois, alors que pour un âge moyen de 47 ans, les lésions furent ou radiorésistantes ou douteusement influencées), le siège (les lésions les plus radiosensibles étant d'un type plus vasculaire que les radio-résistantes), le traumatisme et l'infection paraissent jouer un rôle important et défavorable, la dose de radiations, qui est d'une importance primordiale (tous les cas, sauf 3 ont été traités par curiethérapie) : la constitution histologique joue sans doute égalcment un rôle qu'il est difficile de prouver.

E. pense que l'irradiation ne saurait réussir quand il s'agit de régions présentant certaines particularités anatomiques ou pathologiques, notamment si leur irrigation est douteuse ; par contre, sauf dans certains cas inexplicables de faible résistance du sujet, il n'y a pas lieu de s'attendre à un échec en employant une dose de 5.500 à 6.000 r donnée uniformément à toute la zone suspecte en 7 à 10 jours environ.

Morel-Kahn.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA
(Buenos-Aires)

Negroni et **Briz de Negroni**. ***Flore streptococcique des épidermites streptococciques*** (*Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. 23, 2e partie, 1939, p. 234-253). — Sur 453 malades envoyés avec le diagnostic sûr ou probable de streptococcie cutanée, N. et de N. ont pu révéler la présence du streptocoque dans 174 cas seulement ; ce germe n'est donc pas fréquent sur la peau saine ou atteinte d'autres dermatoses non streptococciques.

N. et de N. ont isolé de ces streptococcies cutanées 80 souches de streptocoques classées en espèces, en se basant sur des caractères macro-, micro-morphologiques et physiologiques.

Dans 12 cas de pyodermite, N. et de N. ont cultivé 9 fois le St. hémolytique (dont 8 fois le *Str. pyogenes*). Chez 47 malades, atteints de streptococcies desquamatives, hyperkératosiques ou eczématiformes, on a isolé l'entérocoque dans la moitié des cas

Vient de paraître...

DOCUMENTS CLINIQUES

SUR LES

MÉDICAMENTS

ANTIPALUDIQUES

DE

SYNTHÈSE

.... un fort volume de 400 pages groupant tous les travaux français publiés sur les nouveaux traitements du paludisme

ENVOI GRACIEUX AU CORPS MÉDICAL
SUR SIMPLE DEMANDE ADRESSÉE
A

SPECIA — Marques Poulenc Frères - Usines du Rhône — à GIRONVILLE (S.-et-O.)

(21 fois le *Str. fecalis*, 2 fois le *Str. lactis*); 4 fois d'autres souches de Str. non hémolytiques et seulement 16 fois le Str. hémolytique (8 fois *Str. pyogenes*, 5 fois *Str. equi*, 3 fois *Str. infrequens*). Les 4 cas restants ont été des souches diversement hémolytiques (2 *Str. viridans* et 2 *Str. subacidus*).

Les pyodermites paraissent occasionnées par *Str. pyogenes* et les streptococcies desquamatives, eczématiformes, etc., par les streptocoques non hémolytiques, spécialement l'entérocoque (*Str. fecalis*). Dans 6 cas de streptococcies périnasales et péribuccales de ce dernier groupe, on a isolé une fois seulement le Str. hémolytique.

Dans 6 cas de streptococcies des jambes (également non pyogéniques), on cultiva 4 fois le Str. hémolytique et 2 fois *Str. fecalis*, qui fut isolé également d'un cas d'érythrodermie de Leiner. Dans 2 cas d'érythrodermie de l'adulte, on isola le Str. hémolytique.

On trouva du Str. non hémolytique dans 2 cas d'impétigo sec, le Str. hémolytique dans 1 cas d'impétigo de Tilbury Fox, enfin de l'entérocoque dans un ulcère de jambe.

Les streptocoques étudiés étaient dépourvus, en général, de tout pouvoir pathogène pour la souris, ce qui cadre bien avec la bénignité des streptococcies cutanées.

R. Burnier.

Knallinsky. ***Epithélioma labial causé par la projection d'une goutte de créosote*** (*Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **23**, 2e partie, 1939, p. 311-317). — Un jeune homme de 23 ans, grand fumeur, reçut accidentellement, il y a un an, une goutte de créosote sur la lèvre inférieure, alors qu'il se servait de ce médicament pour calmer une névralgie dentaire. Trois mois plus tard apparut au point de la projection une lésion croûteuse, arrondie, indurée non douloureuse à la pression, sans retentissement ganglionnaire. Mais l'arrachement de la croûte entraînait une petite hémorragie. Une biopsie montra qu'il s'agissait d'un *épithélioma spino-cellulaire*.

Ce cas se rapproche du cas de Blum et Bralez, concernant un épithélioma du nez survenu à la suite d'une brûlure par des gouttes de goudron provenant de la distillation de la houille.

R. Burnier.

BRUXELLES MEDICAL

P. Courrier (Paris). ***L'action de l'utérus sur la fonction endocrinienne de l'ovaire*** (*Bruxelles-Médical*, t. **19**, n° 31, 4 Juin 1939, p. 956-961). — L'utérus gravide exerce une importante fonction hormonale. Le placenta se substitue à l'ovaire et à l'hypophyse d'une façon plus ou moins complète suivant les espèces animales.

En dehors de la gestation, l'existence d'une hormone utérine spécifique agissant sur l'ovaire n'est à l'heure actuelle qu'une pure hypothèse. Chez la femme, des faits démontrent que l'ovaire fonctionne parfaitement en l'absence d'utérus. Il existe des observations d'absence congénitale d'utérus chez des femmes ayant des caractères sexuels absolument normaux et des ovaires de taille et d'aspect habituels renfermant des corps jaunes récents.

Après hystérectomie, avec conservation ovarienne, on n'enregistre pas d'augmentation dans l'élimination urinaire de substances gonadotropes: les augmentations cycliques de la folliculinurie persistent encore six ans après l'intervention.

De nombreuses expériences ont été entreprises dans le but de rechercher l'influence de l'hystérectomie sur l'ovaire chez les animaux. Les résultats en sont différents suivant les animaux et suivant les auteurs.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Cogniaux. ***L'actinomycose gastrique primitive*** (*Le Scalpel*, t. **92**, n° 29, 22 Juillet 1939, p. 905-909). — Un homme de 45 ans, souffrant de l'estomac depuis de nombreuses années, présenta, de 1933 à 1935, des symptômes qui firent porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac: douleurs post-prandiales et vomissements évoluant de façon cyclique et améliorés par un traitement anticancéreux; radiographie montrant une image pathologique au niveau du bulbe duodénal. Durant les deux années suivantes, le malade ne présente aucun trouble et l'état général s'améliore. En 1938, il présente à nouveau des symptômes gastriques un peu différents: douleurs sourdes de la région épigastrique sans aucun rythme, irradiant parfois vers l'épaule, vomissements acides, anémie, altération de l'état général; enfin apparition d'une tuméfaction épigastrique augmentant rapidement et fluctuante et diarrhée abondante. Le diagnostic porté est celui de cancer gastrique inopérable.

Une incision sus ombilicale à l'anesthésie locale permet l'écoulement d'un pus abondant, épais et malodorant contenant le mycélium et les spores d'un actynomyces anaérobie. A l'autopsie, on trouve un bloc inflammatoire percé de clapiers purulents au niveau de l'épigastre et formant corps avec la partie médiane de l'estomac.

L'étude des pièces anatomiques semble permettre d'affirmer que l'actinomycose ne vient pas du côlon et est bien primitive de l'estomac. L'altération de la muqueuse de cet organe et l'existence d'un vaste ulcère, comparée à l'intégrité de la muqueuse colique, font penser que le champ d'inoculation est bien gastrique.

L'actinomycose gastrique est exceptionnelle. On lui donne tantôt une origine exogène basée sur la possibilité d'inoculation par des matières végétales souillées d'actinomyces, tantôt une origine endogène s'appuyant sur l'existence de nombreuses localisations profondes de l'actinomycose que ne peut expliquer l'inoculation directe.

La muqueuse gastrique présente une barrière normalement infranchissable aux parties végétales ingérées, l'inoculation du champignon se fait au niveau d'un ulcus préexistant. Le patient avait un passé ulcéreux indubitable.

Robert Clément.

MEDICINA CIRURGIA PHARMACIA
(Rio de Janeiro)

L. Torres Barbosa. ***Formes cliniques de l'infection à « Spirochæta ictero-hemorragiæ » chez l'enfant*** (*Medicina, Cirurgia, Pharmacia*, n° 37, Avril 1939, p. 165-220). — Toutes les formes cliniques de la spirochétose ictéro-hémorragique peuvent être observées chez l'enfant comme chez l'adulte. Leur rareté n'est probablement qu'apparente.

Les formes anictériques, spécialement la méningite spirochétosique, sont de beaucoup les plus fréquentes chez l'enfant.

Bien que l'affection puisse s'observer à n'importe quel âge, ce sont surtout les enfants âgés de 7 à 15 ans qui sont atteints à cause des conditions de contamination plus facile. Ce sont les bains de rivières, de piscine ou d'étang et les contacts directs ou indirects avec les rats, qui réalisent en général la contamination. Mais certains milieux professionnels peuvent jouer un rôle.

Il faut songer systématiquement à ce diagnostic en présence d'un syndrome méningé, d'un syndrome ictérique et d'un syndrome typho-grippal, lorsque la notion de contagion hydrique ou professionnelle est révélée par l'interrogatoire et aussi lorsque le groupement symptomatique de myalgies, d'herpès et d'injection conjonctivale est réalisé.

La certitude de la nature spirochétosique de la maladie ne peut être donnée que par les épreuves biologiques : séro-diagnostic, inoculation du sang ou des urines au cobaye.

La guérison spontanée, sans séquelles et sans rechute est la règle.

Robert Clément.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montreal)

J. N. Roy et **A. Jutras.** ***Aspects radiologiques d'une ostéo-périostose presque généralisée, associée à une hypertrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres : Un syndrome nouveau*** (*l'Union médicale du Canada*, t. **68**, n° 6, Juin 1939, p. 587-598). — Le syndrome présenté par ce vétérinaire de 57 ans est constitué 1° par une hypertrophie de la peau du visage et des extrémités avec plis profonds, 2° une hypertrophie chéloïdienne des tarses palpébraux, 3° une dystrophie osseuse à prédominance hyperplasique affectant un grand nombre d'os, mais surtout eux des membres, qu'elle élargit considérablement.

Ce sujet était normal à la naissance; c'est à l'âge de 3 ans que l'on constata un développement exagéré de la tête, des poignets et des chevilles. A 15 ans, ablation de deux chalazions aux paupières supérieures. A 18 ans, apparition de rides à la figure. A 20 ans et demi épaississement et rigidité des paupières. A partir de 22 ans, l'hypertrophie osseuse a l'air de s'être arrêtée, car les pointures des chaussures, des bagues et des chapeaux n'ont pas changé. A 57 ans, il a 1 *m*. 70, pèse 72 *kg*., une circonférence cranienne de 62 *cm*.

Une biopsie de la peau montre un épaississement du derme, avec développement excessif des follicules poli-sébacées et des glomérules sudoripares, s'accompagnant de folliculite et d'œdème albumineux peu abondant. Les os longs sont augmentés en largeur, surtout au niveau des épiphyses distales, ce qui leur donne un aspect en massue. Les dimensions transversales des massifs carpiens et tarsiens sont augmentées. Le périoste présente une hyperplasie ossifiante. Au crâne, il y a épaississement des parois et augmentation des cavités paranasales, surtout des sinus frontaux.

Robert Clément.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Copenhague)

Gösta Rylander. ***Modifications de la personnalité après intervention sur le lobe frontal. Etude clinique de 32 cas*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, supplément **20**, 1939, 327 pages). — Dans cet important travail dont nous ne pouvons donner qu'un trop bref aperçu, R. passe d'abord en revue les opinions émises. Il estime que toutes les facultés sont touchées dans les lésions frontales; l'émotivité, les facultés intellectuelles, la volonté, les facultés de synthèse, sont également atteintes. Il n'y a pas un des éléments de notre vie mentale qui ne soit atteint.

La question s'est posée de savoir s'il n'existait pas des localisations relatives dans le lobe frontal, et on a assigné à la partie basale de ce lobe un rôle spécial dans les troubles émotionnels. Cette opinion concorde avec les constatations de R.

Parmi les processus intellectuels, ce sont ses formes les plus élevées, le raisonnement, la pensée symbolique, le jugement, qui sont touchés, et ce sont les formes les plus automatiques de l'intelligence qui sont préservées.

Les lésions frontales gauche et droite entraînent un déficit sensiblement de même ordre.

Les troubles constatés après lésion frontale sont des manifestations de déficit et non d'excitation.

R. a apporté le résultat de ses observations personnelles sur 32 sujets qui ont subi une résection

IPÉCOPAN

Sédatif fort efficace de la Toux — Expectorant

Association des alcaloïdes actifs de l'ipécacuanha et des alcaloïdes actifs de l'opium, à l'état pur et en proportion constante.

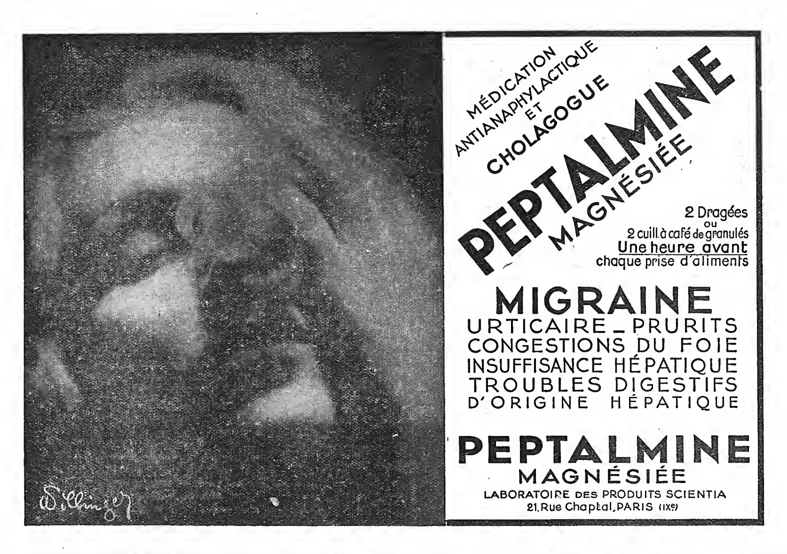
INDICATIONS . . . . . Affections respiratoires, Grippe, Bronchites, Trachéo-bronchite, etc. TOUX et TOUX QUINTEUSE.

Ipécopan GOUTTES. Adultes : XXX gouttes, 2 à 4 fois par jour. Enfants : 1 goutte par année d'âge, 3 fois par jour.

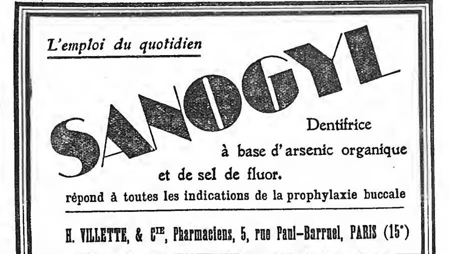
Ipécopan SIROP. Adultes : 2 à 4 cuillerées à soupe par jour. Enfants : 1/2 à 3 cuillerées à café par jour, selon l'âge.

N'EST PAS AU TABLEAU B — NE DOIT PAS ÊTRE PRIS A JEUN

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVIIe) — B. JOYEUX, Docteur en pharmacie.







frontale pour une tumeur ou un abcès, en comparant ce que les malades étaient avant et après.

Des troubles de l'émotivité se manifestèrent chez 30 sujets consistant en une inhibition diminuée des réponses affectives dans 25 cas, et dans un déplacement du niveau des sentiments habituels dans 28 cas; chez 20 sujets, il existait de l'euphorie, et chez 8 un état dépressif.

Dans 22 cas on observait des modifications de l'activité volontaire et psychomotrice; 14 présentaient de la tuberculose, et 12 une perte de l'initiative et de l'indifférence.

Les troubles de l'intelligence intéressant les facultés supérieures se présentèrent dans 21 cas. Pour cela on essaya les tests psychologiques sur tous les malades, et sur 32 personnes non opérées. Il existait une différence nette entre les deux catégories de sujets montrant un déficit intellectuel appréciable chez les sujets opérés. Les larges résections du tissu nerveux semblent entraîner un déficit plus marqué que les petites On peut observer en outre certains troubles végétatifs.

H. Schaeffer.

VIDA NUEVA
(La Havane)

Guillermo Garcia Lopez. ***Nouveaux essais de la protamine-zinc-insuline (Exposé d'une nouvelle méthode d'association à l'insuline normale).*** [*Vida Nueva*, an. 13, n° 1, Juillet 1939, p. 13-35]. — Après avoir fait essai, durant 8 mois, chez 50 diabétiques, de la protamine-zinc-insuline donnée à jeun avant le petit déjeuner, L. a ajouté, suivant la suggestion de Wilder, une dose complémentaire d'insuline régulière. Cette addition d'insuline à l'injection à jeun de protamine-insuline-zinc est nécessaire pour certains malades et même, pour certains cas rebelles, il faut ajouter encore une injection d'insuline régulière avant le repas du soir. Mais ce mode de répartition des deux types d'insuline, régulière et protamine-zinc, chez certains diabétiques graves, provoque des hyperglycémies et des glycosuries fâcheuses ou des réactions hypoglycémiques dues à leur association. Aussi la méthode différente actuellement suivie par L. est celle-ci : Insuline régulière au déjeuner et insuline régulière associée à la protamine-insuline-zinc au dîner. Cette méthode ne demande rien de plus à la protamine-insuline-zinc que le contrôle de la glycémie durant la nuit et pour cette raison sa dose peut être faible : 20 à 25 *g.* d'hydrocarbones sont facilement tolérés au petit déjeuner car, à ce moment, le malade a encore une glycémie basse ; les injections d'insuline régulière aux repas de midi et du soir en exerçant leur action complète, permettent d'établir le menu de ces repas avec une libéralité relative.

4 observations sont données à l'appui de cette méthode qui a déjà été appliquée à 20 diabétiques et pour quelques-uns dans certaines circonstances (période post-opératoire, convalescence de maladies fébriles, infarctus du cœur) où il est périlleux pour obtenir une glycémie normale de les exposer aux réactions hypoglycémiques que produit la protamine-zinc donnée à jeun et complétée durant le jour par l'insuline régulière.

P. G.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

J. Schnedorf et **A. Ivy.** ***L'action de la fumée de tabac sur le tube digestif : étude expérimentale sur les animaux et l'homme*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 10, 11 Mars 1939, p. 898-903) — S. et I. ont entrepris des recherches serrées pour vérifier si le tabac avait une influence sur le tube digestif, et si cette influence était heureuse ou nocive. Leurs conclusions sont les suivantes:

1° La fumée de tabac stimule la sécrétion salivaire chez la plupart des sujets;

2° Elle diminue ou supprime les contractions gastriques de la faim;

3° Lorsque la fumée d'un nombre moyen de cigarettes a une action quelconque sur l'estomac, elle tend à diminuer la sécrétion et à retarder l'évacuation. Ce n'est que chez certains sujets prédisposés que l'on peut observer une augmentation de l'acidité et une rétention gastrique importante;

4° La fumée de tabac augmente la motilité colique;

5° Lorsqu'on approche de la limite de la tolérance au tabac, des modifications désagréables surviennent dans l'activité du tube digestif. Les malades atteints d'ulcères peptiques ou d'affections coliques doivent être avertis du danger possible d'un excès de tabac;

6° Aucun des résultats expérimentaux observés ne peut être interprété comme favorable à l'activité du tube digestif.

R. Rivoire.

C. Singer. ***Le contrôle médical des migrations de vacance*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 10, 11 Mars 1939, p. 904-907). — Les statistiques consécutives montrent que chaque année environ 35 millions de sujets se déplacent pour leurs vacances, dépensant ainsi la somme fantastique de 5 milliards de dollars. Il est évident que ce gigantesque courant de migration n'est absolument pas dirigé du point de vue médical, et qu'à ce point de vue une comparaison entre l'Europe et l'Amérique n'est nullement à l'avantage de ce dernier pays: il n'existe en effet aux Etats-Unis qu'un nombre très restreint de stations climatiques et thermales, dont l'utilisation par le public est peu répandue. S. suggère un plan général de développement de la climatothérapie américaine, dont l'intérêt est d'ailleurs strictement local.

R. Rivoire.

E. Potter et **F. Adair.** ***Facteurs associés aux morts fœtales et aux morts du nouveau-né. Analyse de 773 morts survenues parmi 17.728 accouchements à l'hôpital de Chicago*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 16, 22 Avril 1939, p. 1549-1556). — Il s'agit dans cet article d'une étude statistique sur la mortalité au cours de l'accouchement, étude qui ne présente d'autre intérêt que de porter sur un nombre inhabituel de cas.

La partie la plus intéressante de ce travail est la statistique concernant la mortalité au cours des manœuvres obstétricales, qui se résume ainsi: accouchement naturel par la tête, 1,1 pour 100; forceps bas, 1,3 pour 100; forceps haut, 5 pour 100 ; présentation de l'épaule, 7,1 pour 100; césarienne, 4,1 pour 100; version et extraction, 13,4 pour 100.

R. Rivoire.

L. Loeb et **R. Greenebaum.** ***Béribéri secondaire à une hernie du mésentère*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 18, 6 Mai 1939, p. 1810-1814). — L. et G. rapportent dans cet article une observation passionnément intéressante de béribéri grave consécutif à de multiples causes de carence d'absorption. Cette observation, qu'il est difficile de résumer du fait de son extraordinaire complexité, peut se schématiser ainsi: apparition de polynévrite diffuse et d'œdème généralisé, avec atrophie musculaire et myocardite, à la suite de diarrhée persistante et de vomissements incessants durant depuis un an; disparition de l'œdème et diminution de la polynévrite par traitement à la vitamine B_1 cristallisée; la cachexie persistant malgré le traitement, une intervention exploratrice montra l'existence d'une occlusion incomplète du grêle consécutive à une hernie congénitale du mésentère, et surtout la présence d'une anastomose entre l'estomac et la partie terminale du grêle, résultant d'une erreur opératoire faite 12 ans plus tôt (gastro-entérostomie pour ulcère duodénal). La mort survient par péritonite quelques jours après l'intervention, et l'autopsie montra des lésions nerveuses et myocardiques typiques de la déficience en vitamine B_1.

Cette observation, d'un puissant intérêt, doit être jointe au dossier de plus en plus important des carences d'absorption, groupe d'affection dont on commence à reconnaître aujourd'hui la fréquence et l'intérêt.

R. Rivoire.

F. Seymour. ***Spermatozoïdes mobiles stériles, prouvés par l'expérimentation clinique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 18, 6 Mai 1939, p. 1817-1819). — Dans cet article bien intéressant à lire, parce qu'il contient de savoureux détails sur les mœurs américaines, bien différentes des nôtres, au sujet de la fécondation artificielle, S. expose l'histoire d'un homme dont les spermatozoïdes avaient une motilité et une durée de vie tout à fait normales, et qui était cependant stérile vis-à-vis de sa femme et de 13 autres femmes volontaires : lesquelles 17 femmes devinrent toutes enceintes ultérieurement, après fécondation artificielle avec le sperme d'un autre mâle. Outre son intérêt social, cet article est intéressant parce qu'il démontre que l'index de fertilité des spermatozoïdes n'est en rien superposable avec l'index de motilité ni avec la durée de vie, et qu'il ne peut être mesuré par un examen microscopique banal.

R. Rivoire.

S. Hecht et **J. Mandelbaum** ***Relations entre la vitamine A et l'adaptation à l'obscurité*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 19, 13 Mai 1939, p. 1910-1916). — H. et M. ont entrepris de mesurer l'adaptation à l'obscurité de 110 élèves d'une Université, afin de vérifier l'influence de la carence en vitamine A sur ce phénomène. Après cette étude, entreprise dans des conditions de standardisation parfaites, ils ont constaté les faits suivants:

1° 3 phénomènes peuvent être mesurés: le seuil final des cônes, le seuil final des bâtonnets et la vitesse de transition de la fonction des cônes à celle des bâtonnets;

2° Il existe d'assez grandes différences individuelles et journalières, qui ne sont pas en relation avec la teneur en vitamine A, car l'administration de cette substance ne donne pas lieu à des modifications;

3° Des expériences de régime carencé en vitamine A ont été faites chez 4 sujets. Celui-ci détermine une élévation brutale du seuil des cônes et des bâtonnets, apparente dès le premier jour du régime, et qui dépasse au bout de 2 semaines les plus hauts seuils constatés chez les sujets normaux. La reprise d'un régime normal abaisse le seuil, qui ne redevient normal qu'au bout de 2 mois.

Il semble donc que la mesure de l'adaptation à l'obscurité, faite dans des conditions très strictes, puisse être considérée comme un adjuvant pour le diagnostic des carences en vitamines A.

R. Rivoire.

N. Rapoport et **A. Kenney.** ***Un cas d'encéphalopathie saturnine chez un enfant nourri au sein due à l'emploi de couvre-mamelons au plomb par la mère*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 20, 20 Mai 1939,

LYSATS-VACCINS DU Dr L. DUCHON
ADOPTÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

POSOLOGIE _ Une Injection sous cutanée de 1 cc par jour.
(La 1ère d'Un demi centicube)

INNOCUITÉ ABSOLUE

VACLYDUN

VOIE HYPODERMIQUE
BRONCHO-VACLYDUN
PNEUMO-VACLYDUN
PYO-VACLYDUN
COLI-VACLYDUN
GONARTHRI-VACLYDUN
GYNÉCO-VACLYDUN
GONO-VACLYDUN
STAPHYLO-VACLYDUN
STREPTO-VACLYDUN

EN PULVÉRISATIONS
RHINO-VACLYDUN

VOIE BUCCALE
ENTÉRO-VACLYDUN
COLI-VACLYDUN
GRIPPO-VACLYDUN

VACCINATION CUTANÉE
PYO-VACLYDUN
PANSEMENTS
VACLYDERM

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (XVIIe)
TÉL. CARNOT 78-11 78-12
Ad. tél. PANTUTO-PARIS 74

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE sur demande

p. 2040-2043). — R. et K. rapportent dans cet article une intéressante observation d'encéphalopathie saturnine survenue chez un enfant de 3 mois à la suite de l'emploi par sa mère de couvre-mamelons au plomb (recommandés en Amérique pour la prévention et le traitement des crevasses) Il s'agissait d'une intoxication saturnine intense, avec convulsions, anémie, présence d'hématies à grains basophiles, et dépôt de plomb épiphysaire, visibles à la radiographie. La guérison survient cependant sans séquelles.

Cette observation est intéressante car elle montre le danger de l'utilisation de couvre-mamelons au plomb, dont l'emploi est d'ailleurs peu courant en France.

R. Rivoire.

W. Hamsa et **A. Bennett.** ***Les complications traumatiques du traitement par les chocs convulsifs : méthode pour prévenir les fractures de la colonne vertébrale et des extrémités inférieures*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 2244-2246). — Au fur et à mesure que se généralise l'utilisation du cardiazol pour le traitement des psychoses, se multiplient les observations de fractures, notamment de fractures vertébrales, survenues au cours d'une crise convulsive. Il semble que cette complication soit plus fréquente qu'on ne le pensait au début, et qu'elle constitue un risque sérieux limitant beaucoup l'emploi de la méthode, par ailleurs excellente. Diverses méthodes ont été proposées pour diminuer ce risque. H. et B. conseillent de faire précéder le choc convulsif par une rachianesthésie, ce qui empêcherait radicalement les fractures en limitant la crise convulsive aux segments supérieurs du corps.

R. Rivoire.

L. Cocantins et **H. Reimann.** ***Ulcères perforants des pieds avec atrophie osseuse dans une famille, avec présence d'autres dysgénésies : un cas de myélo-dysplasie probable*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 2251-2255). — Dans cet article, C. et R. décrivent une curieuse affection familiale, jusqu'ici inconnue, caractérisée par l'existence de troubles trophiques et vaso-moteurs extrémités inférieures, avec troubles sensoriels dissociés. Cette affection fut trouvée chez la plupart des mâles et chez quelques femelles d'une famille, parmi les membres de laquelle existaient aussi de nombreux cas de bec-de-lièvre et d'inoclusion de la voûte palatine. Les troubles trophiques se manifestent dans tous les cas par l'apparition d'un ulcère perforant de la voûte plantaire, à un âge sensiblement constant.

Ce syndrome semble pouvoir être attribué à une dysgénésie organisée du système nerveux central, du type décrit par Fuchs sous le nom de myélodysplasie.

R. Rivoire.

H. Brumm et **F. Willius.** ***Le risque chirurgical chez les malades atteints d'angine de poitrine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 23, 10 Juin 1939, p. 2377-2380). — Dans cette étude provenant de la clinique Mayo, les auteurs s'occupent du degré de mortalité observé à la clinique chez les malades atteints d'affections coronariennes ayant dû subir une intervention chirurgicale d'urgence. Leur statistique porte sur 257 malades, dont l'âge moyen était 60 ans, et qui souffraient de crises angineuses depuis 3 ans environ.

Parmi ces malades, la mortalité générale fut de 4 pour 100 environ, la mort étant due le plus souvent à une thrombose coronaire.

Ce chiffre de mortalité est particulièrement faible, étant donné le mauvais état général des opérés. On peut donc opérer des malades atteints d'affection coronaire sans leur faire courir de trop grands risques: mais le choix de l'anesthésique, les soins pré- et post-opératoires, la diminution au maximum du choc opératoire, sont absolument essentiels si l'on veut écarter des désastres.

R. Rivoire.

H. Rusk et **M. Somogyi.** ***Modifications du potassium sérique dans certains états allergiques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 23, 10 Juin 1939, p. 2395-2398). — R. et S. ont étudié le taux du potassium sanguin chez certains malades atteints d'urticaire et d'asthme; ils ont utilisé une microméthode au nitrite de potassium-argent-cobalt, dont les résultats étaient contrôlés par la macrométhode au chlorure de platine. Par cette méthode, on obtient chez les sujets normaux des chiffres constants, dont les variations ne dépassent pas 3 mg.

Chez les malades atteints d'urticaire ou d'asthme, R. et S. ont trouvé de façon très constante une élévation notable du potassium sérique, atteignant souvent 20 ou 25 pour 100, au moins pendant les crises aiguës.

Les injections d'insuline, qui font baisser le potassium sérique des sujets normaux, déterminent également une diminution chez les allergiques: mais cette baisse est moins notable, du moins pendant les crises. Il en est de même pour l'adrénaline et le glucose.

Ce travail est intéressant, car il apporte une contribution nouvelle à la question des modifications plasmatiques au cours de l'allergie : certains auteurs avaient déjà signalé cette élévation du potassium, d'autres l'avaient niée. De nouvelles recherches s'imposent avant d'émettre une hypothèse sur l'origine de cette hyperkaliémie, sur son importance, sur sa nature primitive ou secondaire : nous ignorons encore presque tout sur le métabolisme du potassium.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES

(Fort Wayne)

D. S. Likely et **J. R. Lisa.** ***Granulome chronique de l'intestin grêle*** (*The American Journal of digestive Diseases*, t. 6, n° 2, Avril 1939, p. 113-116). — Il s'agit de 3 observations de granulome chronique de l'intestin grêle.

La première concerne un homme de 37 ans qui présenta d'abord des vomissements répétés ; une première intervention montra une obstruction jéjunale. Tout le jéjunum et la partie supérieure de l'iléon montraient un épaississement de la muqueuse et du mésentère, une augmentation de volume des ganglions. La portion atteinte fut réséquée et une jéjuno-jéjunostomie fut pratiquée. Cinq mois plus tard, les vomissements recommencèrent, l'examen radiologique montra seulement de la dilatation des deux premières portions du duodénum avec mouvements rétro-péristaltiques. Le sujet finit par succomber. A l'autopsie, on trouva un segment du jéjunum épaissi, rigide et étroit et une deuxième sténose au niveau de la première anastomose. La paroi jéjunale était très épaissie et fibreuse, la surface ulcérée et plusieurs masses granulomateuses faisant saillie. Une infiltration lymphoïde et plasmatique avec foyer d'éosinophiles et de polynucléaires envahissait toute la paroi. Il s'agissait d'un granulome non spécifique sans cependant formation pseudo-tuberculeuse.

L'histoire clinique du deuxième malade est analogue à la première, mais les lésions sont différentes. Elles siégeaient au niveau du duodénum et du jéjunum et consistaient en réactions cellulaires chroniques intenses sans ulcération ni fibrose.

Quant à la troisième observation, il semble qu'il s'agisse d'un lympho-granulome vénérien de l'iléon chez une négresse de 38 ans.

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

(Chicago)

Denis Williams et **Frederic A. Gibbs.** ***L'électroencéphalographie en clinique neurologique. Sa valeur diagnostique courante*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **41**, n° 3, Mars 1939, p. 519-535). — L'électroencéphalographie a été utilisée par W. et G. dans la séméiologie neurologique courante dans un grand service de neurologie et de neurochirurgie pendant 10 mois. Le siège et le caractère des foyers des rythmes corticaux anormaux étaient déterminés au moyen d'un procédé de localisation décrit par Walter. Dans cette méthode on utilise les fréquences anormalement basses produites par le cortex lésé au voisinage de la lésion. Leur foyer de décharge est déterminé en étudiant les voltages relatifs et les rapports phasiques dans trois enregistrements simultanés et indépendants traversant l'os sain.

Dans 105 cas où l'on suspectait une lésion intracranienne, on constata un rapport étroit entre le siège de la lésion et les renseignements donnés par l'électroencéphalogramme dans 50 cas où le processus morbide fut démontré. Les caractères de la décharge électrique permirent dans quelques cas de préciser la nature de la lésion.

Dans 41 cas, où l'électroencéphalographie montra l'absence de lésion cérébrale, l'examen clinique resta également négatif.

Dans les 14 autres cas le siège des lésions cérébrales précisé ne put être confirmé en l'absence de données cliniques et pathologiques.

W. et G. ont recherché la valeur de l'électroencéphalographie dans les cas où il existe un foyer local et dans les cas de malformation cérébrale généralisée. W. et G. discutent la valeur de la technique de Walter et la comparent aux autres techniques. Ils en concluent que cette méthode a une grande valeur pratique comme moyen diagnostique dans la pratique neurologique courante.

H. Schaeffer.

Strecker, Alpers, Flaherty et **Hughes.** ***Etude clinique et expérimentale des effets des convulsions par le métrazol*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **41**, n° 5, Mai 1939, p. 996-1004). — Sur 25 schizophrènes traités par le métrazol, S., A., F. et H. comptent 5 rémissions, 2 améliorations importantes, 12 améliorations et 6 cas non améliorés. Dans 11 cas de maniaques dépressifs, il y eut 6 rémissions, 3 améliorations importantes, 2 améliorations.

S., A., F. et H. insistent sur les accidents survenus au cours du traitement par le cardiazol, la myocardite toxique, la dilatation de l'orifice aortique, la fibrillation auriculaire qui justifient un examen soigneux du cœur avant le traitement et pendant celui-ci. Il faut faire un électrocardiogramme et le répéter au besoin.

Il semble judicieux pour le même motif de ne pas faire plus de 10 injections. Des cas de mort ont été rapportés, celui de Angyal et Gyarfas atteint de myocardite et d'aortite, 1 cas de Briner mort d'un hypernéphrome bilatéral, et 1 cas mort d'embolie pulmonaire provenant d'une ancienne thrombo-phlébite des veines pelviennes. Un exa-

Une question d'actualité

EZP

ENDOPANCRINE ZINC PROTAMINE

SI LA QUESTION DE L'INSULINE RETARD VOUS INTÉRESSE, DEMANDEZ-NOUS DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON



LABORATOIRES DE L'ENDOPANCRINE, 48, RUE DE LA PROCESSION, PARIS-XVe
SUFFREN 07-70

• UROMIL •

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE – PIPÉRAZINE – HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE
DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE
URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

LABORATOIRES UROMIL - 19, RUE DROUOT - PARIS - (9e)

men soigneux des malades soumis à la cardiazolthérapie est donc indispensable.

L'examen du cerveau de 7 singes soumis à des injections de cardiazol montrèrent des altérations cellulaires et des hémorragies sous-arachnoïdiennes dans 4 cas. Ces constatations doivent également inciter à la prudence dans le traitement par le cardiazol.

H. Schaeffer.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE
(New-York)

Théodore T. Stone et **Eugène F. Falstein.** ***Etudes généalogiques dans la chorée de Huntington*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **89**, n° 6, Juin 1939, p. 795-810). — Cinquante-deux cas de chorée de Huntington ont été étudiés du point de vue généalogique; 10 familles sont étudiées en détail représentant plus de la moitié des cas ayant un caractère familial.

On trouve parmi ces malades des Germains, des Anglais, des Ecossais, des Irlandais, des Slaves, des Scandinaves, des Lithuaniens, des Italiens, des juifs, des nègres et des races mélangées. Ce sont les Germains qui prédominent. Les citadins sont 4 fois plus nombreux que les ruraux.

Les sujets masculins et féminins sont à peu près en nombre égal à Elgin. Dans l'Illinois les femmes sont un peu plus nombreuses.

S. et F. ont observé des types variés de chorée, chacun présentant un élément particulier. Dans certaines familles l'affection apparaît précocement, dans d'autres plus tardivement. Dans certaines les symptômes précèdent les mouvements choréiques, dans d'autres c'est l'inverse.

Les cas dont l'histoire est la mieux connue révèlent une dominante mendélienne typique. Les cas où on ne retrouve pas l'hérédité s'expliquent mieux par l'absence de documentation que par l'existence d'un facteur récessif.

La persistance de la maladie 300 ans après son introduction dans la région pose à la fois un problème social et eugénique qui peut se résoudre sans mesures législatives particulières, ni stérilisation légale.

H. Schaeffer.

SURGERY GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

R. M. Moore et **A. O. Singleton** (Galveston-Texas). ***Le tétanos à l'Hôpital John Sealy. Observations sur la distribution du tétanos dans les Etats-Unis*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **69**, n° 2, Août 1939, p. 146-155). — M. et S. estiment qu'il meurt par an plus de 1.000 personnes de tétanos aux Etats-Unis. Cette affection est beaucoup plus fréquente dans les Etats du sud, par suite de la mortalité considérable dans la population noire. Mais à Galveston au moins, cette fréquence est sous l'influence d'éléments sociaux, économiques et professionnels beaucoup plus que d'une susceptibilité raciale. Ces dernières années la fréquence du tétanos dans la population noire a diminué beaucoup plus que chez les blancs. Cette fréquence s'observe surtout dans les états qui bordent le golfe du Mexique, Floride, Louisiane et Texas, probablement à cause de leur climat subtropical.

De 1905 à 1938 la fréquence du tétanos à l'Hôpital John Sealy a été de 0,83 pour 1.000 admissions, soit 102 cas. La mortalité a été plus grande en cas de plaie des membres supérieurs. Mais il n'est pas net qu'une courte incubation comporte un grave pronostic : au contraire la mortalité est actuellement plus élevée dans les cas dont l'incubation dépasse 5 jours. Une rapide progression des symptômes est d'un mauvais pronostic.

La mortalité a été d'environ 50 pour 100; elle n'a été que de 24 pour 100 dans les 25 derniers cas.

M. Guibé.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

P. A. A. Weterings. ***La maladie de Bornholm*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 20, 20 Mai 1939, p. 2326-2331). — W. a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital de Hoorn, trois malades entrés pour des douleurs très vives dans le thorax ayant entraîné, dans un cas, le diagnostic de perforation gastrique qui conduisit à faire une laparotomie au cours de laquelle on ne découvrit aucune lésion. Chez tous ces malades, il y avait une défense musculaire très marquée qui explique l'erreur. En dehors de cela, les symptômes consistaient simplement en douleurs et en fièvre dépassant parfois 39°. Ces phénomènes pathologiques ont toujours rapidement disparu.

Ces malades ont été observés à peu près au même moment, de sorte qu'on a été amené à penser à une infection et, par suite, à la maladie de Bornholm, maladie dont les épidémies ont été décrites dans les pays scandinaves, en Amérique du nord, en Angleterre, etc. D'après les descriptions qui en ont été données, cette maladie est caractérisée par le fait qu'elle survient surtout chez les sujets âgés de 4 à 20 ans, au cours de la saison d'été et d'une façon épidémique; elle débute brusquement par une douleur vive localisée à la partie inférieure du thorax; par une fièvre atteignant 30 ou 39°; par une durée de 24 heures; par l'absence de complication et de symptôme autre que ceux qui viennent d'être mentionnés. L'examen du sang indique une leucocytose de 7.000 environ avec 80 pour 100 de polynucléaires.

P.-E. Morhardt.

LA PEDIATRIA
(Naples)

P. Buonocore. ***La cirrhose hépatique infantile*** (*La Pediatria*, vol. **47**, n° 8, Août 1939, p. 629-692). — B. expose tout d'abord l'évolution des idées au sujet de la cirrhose et précise les caractéristiques anatomo-histologiques et chimiques des cirrhoses et des hépatites chroniques. Il signale que la cirrhose n'est pas fréquente dans l'enfance. A la clinique pédiatrique de l'Université de Naples, de 1930 à 1938, sur un total de 4.500 malades et sur 625 autopsies, 6 cas seulement de cirrhose, dont B. publie les observations détaillées, ont été relevés et 2 seulement ont fait l'objet d'un examen anatomopathologique.

Le processus cirrhotique est caractérisé par des lésions histologiques particulières: atrophie cellulaire, cicatrisation irrégulière et diffuse, désorganisation des acini hépatiques. Ces lésions permettent de différencier la cirrhose des autres hépatites chroniques.

La cirrhose infantile se distingue de celle de l'adulte, par une réaction cellulaire plus accentuée et par une évolution plus rapide.

La phase initiale de la cirrhose infantile est ordinairement plus silencieuse que chez l'adulte. Les lésions hépatiques paraissent au début mieux compensées. A ce point de vue, on peut établir une analogie entre la cirrhose et les maladies du cœur chez l'enfant.

Après une période latente, plus ou moins prolongée, le signe qui attire généralement le premier l'attention, est l'ascite. L'ictère peut manquer ou n'apparaître qu'à la phase terminale. Les œdèmes préascitiques, qui revêtent une telle importance pour le diagnostic de la cirrhose de l'adulte, font généralement défaut dans l'enfance. L'hydrothorax est très rare chez les enfants.

La cirrhose infantile donne très souvent lieu, et d'une façon précoce, à des manifestations hémorragiques, liées à des altérations vasculaires toxiques: épistaxis, gengivorragies, purpura généralisé. Les hemorragies dues à une hypertension portale (gastrorragies, entérorragies) sont plus rares.

Chez l'enfant atteint de cirrhose, la mort peut survenir dans le coma ou par infection surajoutée. La tuberculose est exceptionnelle.

L'étiologie demeure obscure. L'alcool semble jouer un rôle important. Cependant, il ne semble pas suffisant pour déterminer, à lui seul, des lésions toxiques du parenchyme hépatique.

Le facteur alimentaire a sans doute lui aussi une grande importance, et il est vraisemblable qu'il faut incriminer, dans certains cas, la carence de substances nécessaires à la vie et à la défense des tissus. Certains pédiatres, avec Lereboullet, admettent l'origine paludique de nombreuses formes de cirrhose infantile.

La pathogénie de la maladie n'est pas encore élucidée. Il semble légitime d'admettre la préexistence d'un état méiopragique constitutionnel localisé ou généralisé, qui prépare le terrain et favorise l'action des facteurs cirrhogènes.

G. Schreiber.

L. Angelini (Messine). ***Traitement de la glomérulonéphrite hémorragique infantile par l'acide ascorbique*** (*La Pediatria*, vol. **47**, n° 9, Septembre 1939, p. 762-770). — Dans 14 cas de glomérulonéphrites hémorragiques aiguës, et dans 1 cas subaigu, d'origine variée, A. a utilisé pour le traitement l'acide ascorbique introduit dans l'organisme par voie intraveineuse. Les résultats obtenus ont paru dans tous les cas satisfaisants. A. a constaté chez tous les enfants en traitement une diminution nette et rapide de l'hématurie, une augmentation de la diurèse et, par suite, une action favorable sur l'état général et sur les diverses manifestations du syndrome rénal.

De tous les symptômes de la glomérulonéphrite, c'est l'hématurie qui paraît le plus heureusement influencée par l'acide ascorbique, lequel paraît doué d'un pouvoir antihémorragique énergique, et cette action semble retentir ensuite favorablement sur la diurèse.

Les résultats obtenus sont nets et définitifs dans tous les cas où le rein est le seul organe atteint et lorsque la cause déterminante de la néphrite est atténuée ou a disparu. Chez les sujets qui présentent encore des foyers en activité dans d'autres régions de l'organisme, les résultats fournis par l'acide ascorbique sont moins catégoriques, car la guérison définitive ne peut être obtenue qu'après la guérison complète des lésions responsables de la néphropathie.

Cette dernière constatation a pu être faite notamment dans 2 cas de glomérulonéphrite consécutive à une infection typhoïde, et dans 1 cas où la maladie paraissait entretenue par une infection staphylococcique. Dans ces 3 cas néanmoins, l'action de l'acide ascorbique a paru satisfaisante en produisant la disparition rapide de l'hématurie, symptôme qui, par lui-même, peut aggraver l'évolution de la maladie.

Le mode d'action de l'acide ascorbique sur la glomérulonéphrite n'est pas précisé. A. admet que la vitamine C agit d'une façon particulière sur les parois vasculaires et notamment sur celles du réseau glomérulaire, modifiant leur tonicité et la per-

LA PASSIFLORINE REAUBOURG

EST UN MÉDICAMENT COMPLET
DES DYSTONIES NEUROVÉGÉTATIVES
PAR LA TRIADE **AUBÉPINE SAULE PASSIFLORE**

PASSIFLORE
SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE ET VAGALE

AUBÉPINE
SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

SAULE
SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ VAGALE

ELLE SUFFIT DANS LA PLUPART DES CAS A ASSURER L'ÉQUILIBRE NEUROVÉGÉTATIF



DANS LES CAS REBELLES OU LORSQU'INTERVIENNENT DES CAUSES PROFONDES

LES COMPRIMÉS DE

NÉO-PASSIFLORINE

AJOUTENT A L'ACTION CALMANTE DE LA TRIADE

PASSIFLORE-AUBÉPINE-SAULE

UNE MODIFICATION IONIQUE
(FIXATION DE L'ION CALCIUM)
UN REDRESSEMENT DE L'ÉQUILIBRE HUMORAL
(PEPTONES POLYVALENTES)
UNE ACTIVATION DE LA FONCTION ANTITOXIQUE DU FOIE
(HYPOSULFITE DE MAGNÉSIE)

G. REAUBOURG & Cie DOCTEUR EN PHARMACIE
115, RUE DE PARIS, A BOULOGNE-SUR-SEINE

méabilité. Sans doute aussi faut-il admettre une action biologique bienfaisante ou particulière à l'acide ascorbique, amélioration de l'équilibre protéique du sang, action anti-infectieuse, action antagoniste directe vis-à-vis des substances toxiques de nature exogène ou endogène, protection des cellules des parenchymes au niveau des reins et des différents organes atteints par l'infection.

G. Schreiber.

L'OSPEDALE PSICHIATRICO
(Naples)

Buscaino, Platania et Fasanaro. ***Pyrétothérapie vaccinale, spécifique et non spécifique, associée à la chimiothérapie, dans la schizophrénie et les états confusionnels*** (*L'Ospedale Psichiatrico*, an. **17**, Mars 1939, p. 127-143). — Cinquante-quatre malades, 10 confus et 44 schizophrènes ont été soignés par pyrétothérapie prolongée associée ou non à la chimiothérapie. La recherche du pouvoir agglutinant du sang vis-à-vis d'un certain nombre de microbes a été recherchée : le Shiga, l'*Asiaticus mobilis*, les paratyphiques A et B, le Flexner, le typhique et le coli. Suivant les résultats obtenus, des injections de vaccin répétées ont été associées à une médication chimiothérapique, soit le derganil, soit l'acide nicotinique.

Les résultats obtenus ont été les suivants. Dans les cas récents de schizophrénie, il y eut 75,8 pour 100 de bons résultats ; dans les cas plus anciens, de 1 à 4 ans, 25 pour 100 de bons résultats ; dans les cas anciens de 1 à 11 ans, les résultats furent nuls. De plus, les résultats satisfaisants ont été plus nombreux dans les cas où fut pratiquée une vaccination spécifique ou aspécifique antitypho-paratyphique. Il en est de même chez les confus. Les résultats ont été moins satisfaisants chez les schizophrènes réagissant sérologiquement au Flexner et au Shiga, où les résultats satisfaisants ont encore été de 50 pour 100 à 60 pour 100.

H. Schaeffer.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

Accornero. ***L'histopathologie du système nerveux central dans le choc insulinique*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. **53**, 1939, p. 1-97). — Dans cet important mémoire on trouve un résumé complet de la question et le résultat des recherches personnelles de A. chez le chien et chez l'homme. Chez 16 chiens A. a pu déterminer des chocs insuliniques répétés. Certains chiens, 40 ou 54 jours, ont supporté 25 à 30 chocs insuliniques, provoqués et interrompus comme dans la thérapeutique humaine.

Chez les chiens morts en état de choc se rencontrent les lésions les plus aiguës d'œdème diffus en partie réversible ; mais aussi des lésions diffuses non réversibles de nombreux neurones. De plus, en des points variés de l'axe cérébro-médullaire, on trouve des lésions destructrices de nécrose plus ou moins avancée des éléments nerveux, avec réactions hyperplasiques et régressives des vaisseaux et de la névralgie.

Suivant les réactions tissulaires, A. distingue des foyers : 1° hyperplastiques-hypertrophiques ; 2° productifs-régressifs ; 3° régressifs ; 4° cicatriciels ou astrocytaires. Chez les animaux qui ne sont pas morts en état de choc, les lésions sont de même ordre, mais les altérations aiguës avec œdème sont moins nombreuses. On rencontre des lésions locales délimitées ; le cortex est moins altéré et l'architectonie régionale est moins bouleversée.

Ainsi donc, le choc insulinique détermine chez le chien des lésions destructrices, disséminées irrégulièrement, mais prédominant dans le cerveau antérieur, et surtout dans l'écorce. A. se basant sur le résultat de ses examens personnels pense que les lésions histo-pathologiques relèvent de 3 ordres de facteurs : 1° des phénomènes toxiques ; 2° une altération des échanges de l'eau et des substances salines ; 3° des troubles circulatoires.

H. Schaeffer.

Dante Bettini. ***Le syndrome d'Adie est-il dû à une carence de Vitamine B_1?*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. **53**, 1939, p. 331-339). — Une femme de 40 ans présentait un syndrome d'Adie constitué par des pupilles myotoniques, une anisocorie, et une abolition des réflexes photomoteurs. La malade présentait en outre une aréflexie rotulienne et une indifférence affective consciente envers son mari et ses enfants dont elle souffrait. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien était négatif. A la suite d'un traitement de vitamine B_1 par voie parentérale tous les troubles subjectifs et objectifs disparurent assez rapidement. B. se demande si certains cas de syndrome d'Adie ne pourraient pas relever d'une polynévrite lente et bénigne liée à une carence de vitamine B_1. Il rappelle l'opinion de Romberg et Schaltenbrand que le syndrome d'Adie est « une pellagre sans pellagre » due, sans doute, à une carence des vitamines du groupe nicotinique.

H. Schaeffer.

NAGASAKI IGAKKAI ZASSI
(Nagasaki)

K. Ri, G. Tubouti et T. Sakimoto. ***Diabète juvénile provoqué par une sclérose multiple des viscères*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. **17**, n° 3, 25 Mars 1939, p. 832-853). — Il s'agit d'une fille de 16 ans, qui, à partir de 13 ans, commença à présenter des poussées passagères douloureuses de météorisme abdominal, avec un peu de fièvre, et du retard dans le développement ; puis apparurent des œdèmes généralisés et de l'ascite. A l'entrée à l'hôpital, à 14 ans et demi, on trouve un ventre distendu par de l'ascite, une absence de circulation veineuse collatérale, du subictère, un gros foie dur et une rate ferme et augmentée de volume. L'urine renferme de l'albumine et du sucre (10 *g.* en moyenne par jour). Glycémie entre 0,11 et 0,15 pour 100, non abaissée par la diminution des hydrates de carbone, mais influencée par l'insuline ; réaction de Takata positive dans le sang et l'ascite. Pas de signes de syphilis. Il existe une cataracte congénitale, les œdèmes persistent, l'ascite se reproduit sans cesse, la température restant subfébrile. Finalement mort de pneumonie 18 mois après l'admission. A l'autopsie, sclérose du pancréas, cirrhose du foie de type atrophique, splénomégalie avec périsplénite, reins contractés du type artérioscléreux, athérosclérose de l'aorte, endocardite verruqueuse de la mitrale. Histologiquement, sclérose très prononcée des divers viscères.

P.-L.-Marie.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

Iwataro Ikegaki. ***Signification du foie dans le surdosage de la vitamine A et du carotène*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **9**, n°s 1 et 2, 1939, p. 1-8). — La vitamine A est stockée principalement dans le foie. Chez les lapins auxquels on a administré de l'huile de foie de morue pendant deux jours et dans le foie desquels on trouve en conséquence des doses de 14 à 22 unités Levibond de vitamine A, on a constaté que les fonctions d'excrétion des pigments se faisaient dans des conditions idéales. Au bout de 20 jours de ce traitement, au contraire, les fonctions hépatiques présentaient des troubles. C'est chez le cobaye, dont le foie contenait 300 unités Levibond de vitamine A par gramme, que la sécrétion était au maximum.

En choisissant, comme épreuve fonctionnelle du foie le pouvoir de désamination après administration de glycocolle, on a fait des constatations peu caractéristiques.

Les fonctions de détoxication du foie déterminées à l'aide d'une solution de santoninate de soude ont permis d'arriver à des conclusions analogues. Ce pouvoir de détoxication est au maximum après administration, pendant 5 jours, d'huile de foie de morue, alors qu'il diminue certainement au bout de 20 jours de ce traitement. L'administration de 1 *g.* de glucose par kilogramme de poids du corps suffit alors pour rendre les fonctions du foie normales ou même pour leur faire dépasser la normale.

L'administration de vitamine A, chez un animal auquel on administre du glucose, fait passer le glycogène du foie de 1,7 à 3,6 *g.* pour 100. La prolongation du traitement par la vitamine A fait au contraire tomber cette proportion à des chiffres inférieurs à la normale.

Ainsi, tandis que la vitamine A à une certaine dose favorise les fonctions du foie, une dose exagérée rend ces fonctions insuffisantes.

P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Th. Olovson. ***Sur l'emploi de l'héparine dans les embolies artérielles. Etude expérimentale du saignement dans les artériotomies sous l'influence de l'héparine*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **82**, fasc. 5, 26 Mai 1939, p. 487-495). — L'héparine est un agent thérapeutique précieux et inoffensif dans le traitement conservateur aussi bien que dans la cure opératoire de l'embolie artérielle ; elle a pour but de prévenir la formation d'une thrombose secondaire. Son emploi précoce est particulièrement important.

Au point de vue thérapeutique, on peut utiliser l'« héparinisation » générale pré- et post-opératoire et des injections locales dans la paroi artérielle. On peut également imbiber d'héparine le matériel de suture.

Des recherches expérimentales ont été poursuivies, chez le chien et le lapin, sur les conditions du saignement créées par l'emploi de l'héparine, dans les plaies ordinaires et dans l'artériotomie. La durée et l'intensité du saignement sont augmentées par l'héparine. Il n'y a ni hémorragie secondaire, ni formation d'hématome. Il n'est survenu de thrombose secondaire après aucune des artériotomies.

L'action anticoagulante de l'héparine intervient dans le mécanisme de la coagulation entre la prothrombine et la thrombine ; l'héparine est une antiprothrombine.

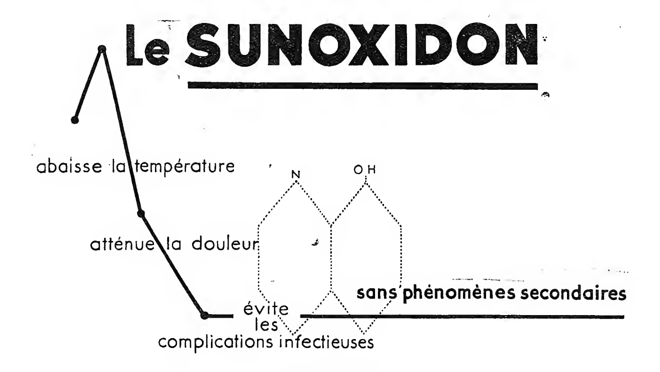
Cette propriété anticoagulante peut être utilisée au cours des embolies artérielles d'une façon précoce, qu'une intervention soit envisagée ou non.

Robert Clément.

LIJECNICKI VJESNIK
(Zagreb)

F. Mihaljevic. ***Sur les angines à monocytes*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 7, Juillet 1939, p. 379-381). — L'angine à monocytes peut être confondue avec une agranulocytose, une angine à lymphocytes et quelquefois même avec une leucémie aiguë. Une angine à monocytes est une angine au cours de laquelle on trouve une monocytose prononcée dans le sang périphérique (de 40 à 70 pour 100). Au cours de cette maladie le nombre des granulocytes est réduit. L'angine à monocytes est, dans le sens clinique, une variante de l'agranulocytose du type de Schultz, puisqu'on a décrit déjà l'agranulocytose à réaction monocytaire. Dans des cas de diagnostic difficile, la ponction sternale peut rendre un grand service.

Lazare Stanoyévitch.



à base de

dérivés de l' **Oxyquinoléine**

associés à la DIMÉTHYL-AMINO-ANTIPYRINE

Grippe - Angines.
Pyrexies de toutes natures.
Algies banales. - Algies des Bacillaires.

DOSE USUELLE : ADULTES : 2 cachets par jour - **PRÉSENTATION :** Tubes de 12 cachets de 0 gr. 50

Marque R. A. L.

Produits Spécialisés des Etablissements KUHLMANN

S. THIÉRY, Pharmacien, 19, Rue Franklin, PARIS, 16e

Echantillons et Littérature : **15, Rue de La Baume - PARIS-8e**

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, ET DES VAISSEAUX
(Paris)

Georges Bickel (Genève). ***Hypovitaminose B_1 et cardiopathies. II. Le rôle de la carence en vitamine B_1 dans la pathogénie des troubles cardiaques de la gravidité*** (*Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, an. 32, n° 8, Août 1939, p. 769-780). — Il n'est pas rare d'observer au cours de la gravidité, chez des femmes jusque-là indemnes de toute affection cardio-vasculaire, des troubles circulatoires d'importance variable, généralement bénins et transitoires, pouvant exceptionnellement aboutir à une asystolie irréductible: dans les cas graves, la dénomination de myocardie de Laubry paraît indiquée.

Ces troubles circulatoires, disproportionnés à la légère augmentation de travail qu'entraîne toujours pour le cœur l'état de gravidité, se manifestent de préférence dans les grossesses compliquées de vomissements incoercibles ou d'hépatotoxicose avec tendance à l'acidose. Ils s'accompagnent volontiers de symptômes du type polynévritique.

B. apporte une série d'arguments permettant d'admettre que les troubles cardio-vasculaires de la gravidité peuvent être dus, du moins dans certains cas, à une carence relative en vitamine B_1. Cette carence est le résultat non seulement de la consommation abondante des vitamines maternelles par le fœtus en croissance, mais surtout d'un bouleversement général du métabolisme de la mère, augmentant dans une proportion considérable les besoins de l'organisme en vitamine B_1.

L'administration parentérale de vitamine B_1, dont on sait qu'elle combat efficacement certaines polynévrites gravidiques, donne des résultats non moins favorables dans le traitement de certaines cardiopathies de la grossesse.

Dans ce travail, B. relate une observation dans laquelle la disparition d'une dilatation et d'une insuffisance cardiaque graves s'effectua en quelques semaines, chez une jeune femme enceinte, parallèlement à la guérison d'une polynévrite. Cette observation pose et résout, avec la netteté d'une expérience de laboratoire, le problème de l'existence d'une cardiopathie gravidique par hypovitaminose B_1, véritable myocardie gravidique par carence.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

A. Blum, Boquet et Hantcheff. ***A propos d'un cas rare de kyste hydatique du corps thyroïde*** (*Revue française d'Endocrinologie*, an. 17, n° 2, Avril 1939, p. 108-115). — Un nord-africain, 36 ans, entre pour une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, rénitente, faisant corps avec le lobe thyroïdien droit; le seul trouble fonctionnel est une dysphagie légère; diagnostic d'adénome kystique. Le début connu est fixé à un an. L'opération, à l'anesthésie locale, ne permet pas une énucléation aisée, pas de plan de clivage; incision traversant le tissu glandulaire aminci, puis ensuite libérant la membrane translucide d'un kyste qui est ouvert délibérément, ce qui donne issue à du liquide eau de roche et à de nombreuses vésicules filles.

Ablation après véritable hémithyroïdectomie, capitonnage, drainage filiforme, pas de formolage. Guérison.

L'examen histologique amène à cette conclusion que les vésicules étaient acéphalocystes stériles.

Les examens de laboratoire (*a posteriori*) indiquent une éosinophilie de 4 pour 100 et un Casoni nettement positif.

Revue générale de l'hydatidose du corps thyroïde, rassemblant 12 cas depuis la thèse de Rollet 1902, avec un total actuel de 27 cas certains et 8 douteux.

Comme ce kyste thyroïdien n'avait incommodé le malade que par son volume, B., B. et H. ne trouvent à signaler de particulier à leur cas, que l'absence de plan de clivage qui les surprit et les obligea à l'incision délibérément faite de la poche kystique. Ils opéraient, en effet, avec le diagnostic d'adénome kystique et ne trouvant pas le plan de clivage aisé de ces tumeurs ils avaient été conduits à se demander si les adhérences constatées au tissu thyroïdien, à la région trachéale n'étaient pas le résultat d'une thyroïdite ou d'une dégénérescence de la tumeur. En présence d'un adénome thyroïdien non clivable il faut donc penser non seulement à la thyroïdite et au cancer, mais aussi au kyste hydatique dont l'adventice n'a pas de plan de clivage dans le parenchyme aux dépens duquel elle s'est constituée.

P. Grisel.

PÉDIATRIE
(Paris)

J. Chalier, L. Revol, J. Viaillier et A. Desbiez (Lyon). ***Les adénopathies superficielles au cours de la rougeole et de la rubéole*** (*Pédiatrie*, an. 28, n° 9, Septembre 1939, p. 182-186). — Si l'on s'en tient aux données classiques, les adénopathies volumineuses et généralisées ne se rencontreraient que dans la rubéole, dont elles constitueraient un signe précieux, presque pathognomonique. Dans la rougeole, au contraire, elles feraient défaut, ou du moins n'atteindraient jamais, ni le volume, ni l'importance qu'elles acquièrent dans l'affection précédente. Et pour bien des auteurs c'est dans l'état des engorgements ganglionnaires que résiderait la clef du diagnostic entre ces deux maladies.

Frappés par la présence, au cours de rougeoles authentiques, de très notables adénopathies disséminées dans les différents territoires lymphatiques. C., R., V. et D. ont recherché ces ganglions et en ont suivi l'évolution d'une façon systématique chez un certain nombre de malades. Leurs recherches personnelles ont porté sur 138 cas de rougeoles typiques, dont l'évolution s'est faite normalement, sans complications. Sur ces cas, il convient de laisser de côté 54 observations pour lesquelles les adénopathies n'ont été, ni recherchées, ni mentionnées spécialement. Pour les cas restants C., R., V. et D. ont relevé 5 cas avec absence d'adénopathies, 6 cas avec adénopathies très discrètes et 73 cas avec engorgement ganglionnaire.

Se basant sur cette statistique, C., R., V. et D. notent que les engorgements ganglionnaires existent dans la moitié des cas les plus typiques de la rougeole. Selon eux, ni le volume, ni la généralisation des adénopathies, ne fournissent un élément de diagnostic péremptoire pour différencier la rubéole de la rougeole. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces maladies, les adénopathies ne constitueraient qu'un symptôme d'ordre banal.

G. Schreiber.

ARCHIVES BALKANIQUES DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET LEURS SPÉCIALITÉS
(Paris)

J. Terracol (Montpellier). ***Les ulcères de l'œsophage*** (*Archives balkaniques de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités*, t. 1, n° 1, Janvier-Mars 1939, p. 5-9). — Les ulcérations de la muqueuse de l'œsophage peuvent être classées en deux catégories: les ulcères dits de décubitus; les ulcères dits peptiques.

Au cours de certaines maladies, après certaines interventions chirurgicales et chez des sujets âgés, on observe, à l'entrée de l'œsophage, des ulcérations remarquables par leur symétrie, siégeant sur la face antérieure et la face postérieure de l'organe. Ces ulcères seraient dus à l'application étroite du cartilage cricoïde qui, chez un sujet âgé grabataire de résistance affaiblie, provoque une véritable escarre du contact ou de décubitus. On peut ajouter les lésions des centres nerveux provoquant des troubles trophiques chez quelques-uns d'entre eux. Toute thérapeutique de ces ulcères est vaine. Pour éviter ces lésions irréparables et graves, chez les sujets âgés, il faudrait envisager une gastrostomie temporaire, plutôt que l'alimentation avec une sonde à demeure.

Les ulcères dits peptiques siègent à l'autre extrémité de l'œsophage et peuvent être comparés aux ulcérations analogues de l'estomac et du duodénum. Ces ulcérations sont rares. Elles se traduisent au point de vue clinique par de la douleur, de la dysphagie et des hématémèses. La douleur se produit dès la première bouchée ou une demi-heure après le repas. Les régurgitations sont précoces et d'origine spasmodique.

L'examen radiologique montre deux signes caractéristiques: l'encoche et la niche, celle-ci étant pathognomonique. Le cathétérisme de l'œsophage est excessivement dangereux; l'œsophagoscopie l'est également.

Le traitement médical doit toujours être essayé. Le traitement chirurgical ne peut viser qu'à la mise au repos de l'organe par gastrostomie. Cette intervention doit être réservée aux ulcères douloureux, aux ulcères profonds et envahissants, et aux ulcères qui résistent au traitement médical.

Robert Clément.

E. Lampadarios et V. G. Valaoras (Athènes). ***La population grecque vieillit-elle?*** (*Archives balkaniques de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités*, t. 1, n° 1, Janvier-Mars 1939, p. 15-21). — Banu a proposé de ranger les populations contemporaines en trois catégories. Celles à forte natalité et à forte mortalité dans le jeune âge sont dites du type progressif. Les sujets de 0 à 15 ans représentant 35 à 40 pour 100 de la population totale; ceux de 15 à 50 ans, 50 pour 100; les survivants au delà de 50 ans, 10 à 15 pour 100 de l'ensemble. Les peuples du type stationnaire ou

IODAMÉLIS
LOGEAIS

PUISSANT RÉGULATEUR DE LA NUTRITION
RÉDUCTEUR DES SCLÉROSES — STIMULANT DES ÉCHANGES

UNE TRIADE DE SYNDROMES
UNE SEULE MÉDICATION



GOUTTES
20 à 50 aux deux repas

MALADIES
DE LA CIRCULATION

TROUBLES
UTÉRO-OVARIENS

MALADIES
DE LA NUTRITION



COMPRIMÉS
2 à 6 par jour

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

DYSENDOCRINIES
DE LA JEUNE FILLE ET DE LA FEMME
PUBERTÉ — MÉNOPAUSE
OBÉSITÉ

ASTHÉNIES DE L'AGE MÛR
OBÉSITÉ
SÉNILITÉ

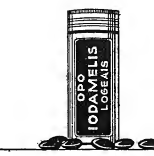
ASSOCIE
LES PROPRIÉTÉS STIMULANTES
DE L'IODOTANIN DE L'IODAMÉLIS
A L'ACTION SPÉCIFIQUE
DE L'ORGANOTHÉRAPIE
MASCULINE OU FÉMININE



FORMULE "F"

Iodotonin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Ovaire	0gr.05
Ante Hypophyse	0gr.005
Benzoate de Dihydro-Folliculine	40U.I.

En comprimés enrobés



FORMULE "M"

Iodotanin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Orchitine	0gr.10
Ante Hypophyse	0gr.005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

vieilli sont ceux qui présentent 25 à 30 pour 100 de leur population entre 0 et 15 ans, 50 à 55 pour 100 entre 15 et 50 ans et 15 à 20 pour 100 de sujets au-dessus de 50 ans. Enfin, le type régressif comprendrait les pays où la population de 0 à 15 ans représente 20 à 25 pour 100 du total, le groupe d'au delà de 50 ans également 20 à 25 pour 100.

L. et V. se défendent que la Grèce soit rangée dans le deuxième groupe et apportent, pour soutenir leur point de vue, des indices démographiques sur la natalité qui aurait été, en Grèce, en 1936, de 28,1 tandis que la mortalité était de 15,2, la mortalité infantile de 114,2, l'excédent des naissances sur les morts de 12,9.

Depuis les 10 dernières années, la natalité tend à baisser, un peu plus rapidement que la mortalité. La mortalité infantile présente une tendance ascendante au cours de cette décade, probablement sous l'influence des conditions sanitaires défavorables lors de l'établissement, en Grèce, de 1 million et demi de réfugiés et aussi de l'insuffisance du service de statistique.

D'après L. et V. la population de la Grèce appartiendrait au groupe des peuples progressifs.

Robert Clément.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

A. H. Roffo. ***L'action inhibitrice du cuivre et du nickel, sur la croissance de la cellule cancéreuse*** (*Prensa Medica Argentina*, an, 26, n° 22, 31 Mai 1939, p. 1043-1056). — Se servant de solutions colloïdales métalliques, R. a étudié, *in vitro*, l'action inhibitrice des divers métaux, sur la cellule cancéreuse. De tous les métaux étudiés — fer, cuivre, or, zinc, plomb, uranium, cobalt, magnésium — c'est le nickel qui exerce l'action la plus forte. Cette action inhibitrice est particulièrement prononcée envers les fibroblastes des sarcomes fusocellulaires, alors qu'elle est moins forte sur les fibroblastes du cœur embryonnaire. (Alors que la solution à 1 pour 1.000 permet le développement des cellules du cœur embryonnaire, la solution qui permet juste la croissance des cellules néoplasiques est de 1/50.000.)

La toxicité du nickel étant minime, R. pense que l'étude pharmacodynamique du nickel colloïdal permettra une action thérapeutique large en cancérologie.

Robert Coronel.

REVISTA ARGENTINA DE REUMATOLOGICA (Buenos-Ayres)

B. Delgado Correa, O. Maccio et E. S. Yannuzzi. ***Le problème de la maladie rhumatismale infantile en Uruguay*** (*Revista Argentina de Reumatologia*, an. 4, n° 24, Mai 1939, p. 47-55). — Depuis quelques années, le pourcentage de la maladie rhumatismale infantile a marqué en Uruguay une augmentation très nette. Dès 1933, le Pr. Morquio entreprit de lutter contre cette affection, cause de mortalité infantile élevée, en créant une « Polyclinique Rhumatismale et Cardiologique infantile » rattachée à l'Institut de Pédiatrie et de Puériculture.

Dépistage systématique et enquêtes à domicile permirent de traiter des enfants ne présentant pas encore de lésions cardiaques (ces enfants, soumis à un traitement intense et prolongé, chez qui on retarde les manifestations endocardiaques, peuvent être complètement guéris) ou des enfants mal surveillés jusque-là, par la faute des parents. La mortalité infantile est de ce fait relativement tombée.

C., M. et Y., après avoir fait une statistique impressionnante du rhumatisme infantile associé à des cardiopathies, concluent à la nécessité d'une lutte énergique contre ce véritable fléau (80 pour 100 des petits rhumatisants ne sont pas traités, par ignorance, souvent), dont les formes graves et à évolution mortelle rapide sont en augmentation continuelle.

Robert Coronel.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

Ph. Biourge, G. Van Cutsem et E. Brédo (Louvain). ***Une mycose nouvelle : la graphiomycose*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **11**, n° 5, Mai 1939, p. 217-231). — De l'expectoration de 22 bronchitiques chroniques, dont une courte observation est donnée, on a pu isoler un champignon qui est la cause de la maladie des ormes, et que l'on trouve aussi sur les pommiers et les poiriers.

Il s'agissait de bronchites assez graves, avec crises asthmatiques, affectant l'état général et ayant fait craindre la tuberculose dans quelques cas. La fièvre est fréquente, on entend à l'auscultation des râles secs, variables, et une diminution du murmure vésiculaire. La radiographie ne montre pas de lésion. Parfois l'affection débute par une crise d'étouffement suivie d'expectoration gélatineuse; dans quelques cas il y avait en outre, une rhinite simple, avec écoulement muqueux.

L'expectoration est constituée de masses gélatineuses, extrêmement gluante, dans lesquelles on trouve après coloration, par exemple au vert de méthyle, les éléments d'un champignon : le *Graphium ulmi*. On voit surtout des grains de semoule et des cocardes correspondant aux microconidies, des cellules huileuses et granuleuses, des éléments en forme de diplococcus et en tétrades. Cette mycose semble donner lieu parfois à des phénomènes secondaires, arthrite, névrite, abcès, etc.

Ce champignon est la cause d'une maladie qui, à plusieurs reprises au cours du siècle dernier, a sévi sur l'orme, tuant le feuillage et détruisant l'écorce au point que l'on a pu craindre la disparition de ce bel arbre. On trouve le champignon également sur les pommes et les poires, surtout certaines années, sous forme de taches dites « taches de feu », mais il envahit également l'intérieur du fruit.

Pour dépister la maladie, il suffit d'examiner systématiquement les crachats des tousseurs de toute espèce, vieux bronchitiques et asthmatiques, notamment. Si l'examen microscopique est douteux ou négatif, il faudra faire une culture sur milieu peptoné. Les iodures à la dose de **1 à 3** *g.* par jour provoquent un soulagement rapide et complet. Avec l'iodure d'ammonium, les effets d'iodisme sont beaucoup moins immédiats.

Robert Clément.

MEDICINA ESPANOLA (La Coruna)

L. Gironès et J. Roca. ***Néphrites épidémiques*** (*Medicina Espanola*, an, 2, n° 7, Mai 1939, p. 15-22). — G. et R. ont eu l'occasion d'observer durant l'été et l'automne 1938, dans la province de Castellon, de nombreux cas de glomérulo-néphrites ayant un caractère épidémique. Cette épidémie a principalement touché la population civile. Dans plus de la moitié des cas, la néphrite a été précédée de diarrhée avec accès fébriles. Les examens de laboratoire ne purent jamais mettre en évidence les bacilles typhique, para A et B, ou de la fièvre de Malte. Cette affection à caractère bénin, dont la mortalité n'a pas excédé 5 pour 100, avait une évolution lente, allant de quelques semaines à plusieurs mois, avec hématurie et albuminurie. Ce processus, ressemblant à celui observé durant la guerre 1914-1918, semble avoir cependant une étiologie différente (sur laquelle V. reste muet). Le traitement classique (toni-cardiaques, régime déchloruré, repos), suffit à guérir l'affection.

Robert Coronel.

THE LANCET (Londres)

R. Cruickshank et G. E. Godber. ***Contagion aérienne des infections streptococciques*** (*The Lancet*, n° 6031, 1er Avril 1939, p. 741-746). — Les observations bactériologiques et épidémiologiques sur les débuts d'infections puerpérales ou d'infections streptococciques chez les enfants dans les salles de diphtériques, ont convaincu C. et G. que la transmission des germes pathogènes se faisait par l'air. L'évacuation de l'air polué au moyen de la ventilation, l'enlèvement des poussières par des linges ou des balais mouillés, sont deux mesures simples et efficaces pour éviter l'infection streptococcique.

Pour l'infection puerpérale, il y a des porteurs de germes sains et un examen bactériologique de la gorge et du nez doit être fait aux personnes qui approchent les accouchées. S'il est avéré qu'une personne atteinte d'angine peut être la source d'une épidémie d'infection puerpérale, des cas secondaires d'amygdalite peuvent s'observer au cours d'une épidémie d'infection puerpérale.

Pour les enfants, il faut prendre les mêmes précautions pour éviter l'admission d'infections streptococciques dans les salles de diphtérique. L'air et la poussière de ces salles sont souvent chargés de streptocoques et les infirmières porteuses de germes ne sont pas rares.

André Plichet.

Robin Pilcher. ***Thromboses et embolies post-opératoires. Rapport sur un essai de traitement prophylactique par l'éphédrine et l'atropine*** (*The Lancet*, n° 6031, 1er Avril 1939, p. 752-754). — Une série de 406 sujets atteints de traumatismes accidentels ou opératoires ont été soumis au traitement préventif des thromboses et des embolies. Ce traitement a consisté en des injections d'atropine et d'éphédrine faites le 5e, 7e et 9e jour après l'accident ou l'opération. La fréquence des thromboses et des embolies a été approximativement la même que dans une série de contrôle de 1.265 cas semblables.

André Plichet.

E. A. Devenish et A. Miles. ***Le contrôle du staphylocoque doré dans le champ opératoire*** (*The Lancet*, n° 6037, 13 Mai 1939, p. 1088-1094). — Etudiant une série de suppurations post-opératoires à staphylocoque doré, survenues aux 4e et 5e jours après des opérations aseptiques, D. et M. sont arrivés à une opinion contraire à celle des auteurs américains qui ont recherché également les causes de ces suppurations. Pour eux, en effet, l'air n'est point la source principale de l'infection à staphylocoque et la stérilisation de l'air de la salle d'opérations par les rayons U. V. ou la projection de substances aseptiques ne suffit pas à écarter le danger. De leurs recherches, il résulte que deux sources sont surtout à incriminer : le nez et la peau des opérateurs. Il existe, en effet, des porteurs sains de staphylocoques et la culture de la sueur qui se trouve à la fin de l'opération dans les gants de caoutchouc de l'opérateur est souvent positive.

Par conséquent diverses précautions sont à recommander : le port d'un masque dont la mousseline est renforcée par des feuilles de cellophane, le port de manchettes de toile venant recouvrir la partie supérieure des gants. D'autre part, il faut éviter, au cours de l'opération, la piqûre du gant avec une aiguille et la manipulation directe des tissus sans l'aide d'instruments stériles.

André Plichet.



CHLORO-CALCION

E. Sharpey-Shafer et **R. Schackman.** ***Le propionate de testostérone. Ses effets sur la structure histologique de l'hypertrophie prostatique chez l'homme*** (*The Lancet*, n° 6040, 3 Juin 1939, p. 1254-1255). — L'hypertrophie prostatique chez l'homme serait due, pour nombre d'auteurs, à une déficience hormonale. Ce fait n'est cependant pas prouvé.

S. et S. ont étudié la constitution histologique de la prostate hypertrophiée avant et après un traitement par de fortes quantités de propionate de testostérone. Ils n'ont trouvé aucune modification apparente malgré un traitement s'élevant à 3.400 *mg*. de propionate de testostérone en une période de 34 jours, dose qui n'avait pas été atteinte jusqu'ici. Champy et Coujard ont émis l'hypothèse que le testostérone agissait sur les muscles lisses et empêchait ainsi l'obstruction due à l'hypertrophie prostatique. Cette hypothèse est exclue dans ce cas puisque le sujet avait subi une cystostomie. Pour S. et S., il est difficile d'attribuer au propionate de testostérone l'action heureuse sur l'hypertrophie prostatique puisque l'on peut assister à une diminution de la prostate, soit spontanément, soit après cystostomie.

André Plichet.

Robin Pilcher. ***Le rôle de l'obstruction dans l'embolie pulmonaire*** (*The Lancet*, n° 6040, 3 Juin 1939, p. 1257-1258). — De 130 autopsies de sujets morts d'embolie pulmonaire, P. tire les conclusions suivantes : Quand une embolie pulmonaire est la cause de la mort d'un sujet, c'est qu'elle a produit une obstruction importante. Dans plus de la moitié des cas, l'embolie occupait le trone ou les deux principales branches de l'artère pulmonaire. Quand la mort survient après une petite embolie, elle ne peut être attribuée à la seule embolie. Chez les sujets en bonne santé, la mort subite par embolie pulmonaire est rare. P. rejette donc le rôle du spasme et ne pense pas que les sympathicomimétiques et les antispasmodiques puissent faire autre chose que retarder la mort pendant un court laps de temps. L'embolectomie serait plus encourageante même si au début l'obstruction est incomplète, car il faut toujours craindre un caillot secondaire, à moins que le primitif ne soit disloqué ou fragmenté.

André Plichet.

Thomas H. Belt. ***La fréquence de l'embolie pulmonaire dans les autopsies*** (*The Lancet*, n° 6040, 3 Juin 1939, p. 1259-1260). — La dissection attentive des 2° et 3° divisions de l'artère pulmonaire montre que l'embolie pulmonaire est plus fréquente qu'on ne le pense communément. Elles sont la cause fréquente des infarctus pulmonaires bien plus que la thrombose autochtone. Ces embolies se montrent davantage dans les affections médicales que dans les affections chirurgicales. En majeure partie, elles proviennent des gros troncs veineux de la cuisse ou du bassin, sans qu'il y ait nécessairement phlébite apparente. Sur 225 autopsies, B. trouva 29 embolies pulmonaires dont 18 grosses et 11 petites, affectant les 2° et 3° divisions de l'artère pulmonaire.

André Plichet.

I. Katzenellenbogen. ***L'acide nicotinique dans la glossite endémique*** (*The Lancet*, n° 6040, 3 Juin 1939, p. 1260-1262). — Du fait de régimes carencés, on observe en Palestine, pendant l'hiver, des épidémies de glossite. Cette glossite n'est pas due à une consommation exagérée d'oranges, comme on l'a cru un moment, mais s'apparente à la pellagre quoique les sujets ne présentent aucun signe de cette affection. Des essais de traitement par la vitamine C n'ont pas donné de résultats. Par contre des petites doses d'acide nicotinique (50 *mg*., 5 à 6 fois par jour), que l'on peut prolonger longtemps sans inconvénient, guérissent cette affection.

André Plichet.

B. O. C. Pribram. ***Le traitement par l'éther des calculs du cholédoque*** (*The Lancet*, n° 6041, 10 Juin 1939, p. 1311-1313). — Il consiste à placer dans le cholédoque un petit drain dirigé vers l'ampoule de Vater et à instiller trois fois par jour pendant une semaine 1/2 à 1 cm^3 d'éther. L'éther dissout la cholestérine. Une instillation de 1 à 2 cm^3 d'huile de paraffine aide au passage de cette boue ainsi obtenue à travers l'orifice de l'ampoule de Vater.

P. a appliqué avec succès, à 38 malades cette méthode qui est moins shockante qu'une cholédochotomie rétro- ou transduodénale pour des malades rendus fragiles par un ictère ou des troubles hépatiques prolongés.

André Plichet.

Alexander Lipschütz et **Luis Vargas.** ***Tumeurs expérimentales produites par l'introduction sous la peau de tablettes d'œstradiol*** (*The Lancet*, n° 6041, 10 Juin 1939, p. 1313-1318). — Des tumeurs utérines et extra-utérines peuvent être produites par l'introduction sous la peau de tablettes d'œstradiol. Ces tumeurs sont semblables aux fibromes et aux fibromyomes produits par l'injection longtemps prolongée d'hormone folliculaire. Elles apparaissent en 2 à 3 semaines et la quantité nécessaire d'œstradiol employée de cette façon est moindre que lorsqu'on pratique des injections sous-cutanées d'hormone folliculaire. Cette différence est sans doute due à la continuité d'action de l'œstroradiol.

André Plichet.

G. B. Dowling et **W. J. Griffitchs.** ***La dermatomyosite et la sclérodermie progressive*** (*The Lancet*, n° 6043, 24 Juin 1939, p. 1424-1426). — Pour D. et G. la dermatomyosite et la sclérodermie progressive symétrique seraient une seule et même maladie et seraient dues à un processus touchant principalement les vaisseaux sanguins, la peau et les muscles. On rencontre les mêmes altérations histologiques des muscles dans les deux maladies. Les symptômes musculaires sont les mêmes et se signalent par une myasthénie plus ou moins marquée. Les troubles vasculaires sont semblables. La maladie de Raynaud se rencontre également dans les deux affections avec une fréquence plus grande cependant dans la sclérodermie avec sclérodactylie. Les symptômes cutanés, d'abord l'œdème, puis la sclérose, affectent avec une égale constance les mêmes régions.

Ces deux affections ont des caractères communs avec les maladies thyroïdiennes et la myasthénie : ce sont mêmes altérations musculaires, mêmes symptômes cliniques à un degré moindre cependant pour la sclérodermie et la dermatomyosite, même créatinurie, mêmes troubles du métabolisme des hydrates de carbone et du calcium.

A remarquer cependant que la thyroïde n'est histologiquement normale dans aucun cas de sclérodermie.

André Plichet.

Geoffrey Tooth et **J. M. Blackburn.** ***Troubles de la mémoire après traitement par les convulsions épileptiques*** (*The Lancet*, n° 6044, 1er Juillet 1939, p. 17-20). — A l'aide de tests spéciaux T. et B. ont étudié la mémoire avant et après le traitement de 16 sujets soumis à la médication convulsivante, 12 pour schizophrénie, 3 pour dépression mentale, 1 pour obsession. Ils observèrent chez 9 d'entre eux des troubles de la mémoire qui persistèrent chez 5 sujets pendant 6 mois après le traitement. Ils n'ont cependant pas observé de syndrome de Korsakow.

Ces troubles ne doivent pas, étant donné la gravité de l'affection psychique, être une contre-indication de ce traitement, mais on doit prévenir la famille de la possibilité de leur apparition surtout quand il s'agit de sujets dont les moyens d'existence dépendent de leurs capacités intellectuelles.

André Plichet.

D. Campbell et **T. N. Morgan.** ***La cyanose causée par les composés de Sulphonamide*** (*The Lancet*, n° 6046, 15 Juillet 1939, p. 123-127). — La cyanose est souvent remarquée au cours d'un traitement par les composés du groupe de la sulphonamide. Elle serait due, pour la plupart, à la transformation de l'hémoglobine en métahémoglobine ou en sulphémoglobine, pour d'autres à la formation dans le sang d'un dérivé coloré de l'aniline.

Par l'analyse spectroscopique C. et M. ont vu que la cyanose était due plus souvent à la métahémoglobine qu'à la sulphémoglobine et ont pu doser ces deux substances. Pratiquement la cyanose observée au cours d'un traitement par la 2-aminobenzènesulphoamidopyridine est produite par la métahémoglobine, même si on n'a pas pris la précaution d'interdire les purgations salines ou une nourriture contenant des produits soufrés (25 fois sur 32 cas).

Cette cyanose, au reste, est sans signification dangereuse, elle ne peut alarmer que le malade ou son entourage. On peut y remédier par l'administration de bleu de méthylène à la dose de 1 *g*. par jour en plusieurs fois. Le bleu de méthylène agit également par voie intraveineuse ou intramusculaire. Il est sans action dans la cyanose due à la sulphémoglobine.

André Plichet.

W. A. Oliver. Hyperparathyroïdisme aigu (*The Lancet*, n° 6048, 29 Juillet 1939, p. 240-244). — O. rapporte l'observation de deux malades chez lesquels on trouva à l'autopsie une tumeur adénomateuse des parathyroïdes. Les symptômes presque semblables chez les deux malades, furent les suivants : vomissements, perte de poids, anorexie, constipation, douleurs osseuses, tachycardie, légère anémie, insuffisance rénale sans hypertension. L'un des deux sujets était porteur d'une petite tumeur au pôle inférieur de la glande thyroïde qui fut prise pour un ganglion lymphatique.

A l'autopsie, outre la tumeur parathyroïdienne mesurant chez l'un des sujets 3 *cm*. 8, chez l'autre, 2 *cm*. 5, on trouva des dépôts de calcium au niveau du myocarde, du rein et des autres viscères semblables à ceux que l'on trouve dans l'hyperparathyroïdisme expérimental. Un syndrome clinique de cette nature doit faire penser à une tumeur parathyroïdienne et après des examens de contrôle commande l'intervention chirurgicale.

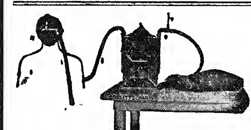
André Plichet.

Dalton E. Sands. ***L'adjonction d'insuline dans le traitement convulsivant*** (*The Lancet*, n° 6048, 29 Juillet 1939, p. 250-251). — On sait que les sujets soumis à la médication par le cardiazol ou le triazol gardent des crises avortées une impression pénible et une crainte des injections suivantes. On a essayé de remédier à cet état moral en leur administrant des médications euphoriques ou calmantes : morphine, barbituriques, hyoscine.

S. fait précéder l'injection de cardiazol d'injections d'insuline. Cette médication aurait l'avantage de réduire le nombre des crises avortées, de diminuer la frayeur du malade, de raccourcir la période de confusion ou d'excitation consécutive à une crise. La dose d'insuline est variable et ne doit pas amener le coma, mais seulement l'assoupissement.

André Plichet.

Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)

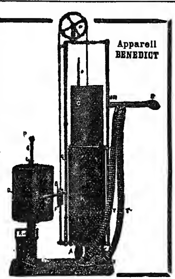


TOUS LES INSTRUMENTS *LES PLUS MODERNES* POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE
OSCILLOMÈTRE universel de G. BOULITTE
ARTÉROTENSIOMÈTRE du Prof. DONZELOT assistant du Prof. VAQUEZ
KYMOMÈTRE de VAQUEZ, GLEY et GOMEZ
SPHYGMOPHONE BOULITTE-KOROTKOW

ÉLÉCTROCARDIOGRAPHES NOUVEAUX MODÈLES
A 1, 2 OU 3 CORDES — MODÈLES PORTATIFS

DIATHERMIE - MESURE DU MÉTABOLISME BASAL - EUDIOMÈTRES DIVERS

Catalogues sur demande — Expéditions directes Province et Étranger.



NEZ GORGE
OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES

Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées

◆

Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe, MONTREUIL (Seine)

GOMENOL
(Nom et Marque déposés)
Antiseptique idéal interne et externe
Inhalations – Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO – Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE – Eau gomenolée

GOMENOLÉOS
dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.
Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL
Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-Xe

SPLÉNOMÉDULLA
(EXTRAITS CONCENTRÉS DE RATE ET DE MŒLLE OSSEUSE ASSOCIÉS)
SIROP – AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

COLLOIDOGÉNINE
DU Dr BAYLE
EXTRAIT SPLÉNIQUE SPÉCIAL
SIROP – AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

LABORATOIRES CHAIX – HUGON & CAZIN, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
8 et 10, Rue Alphonse-Bertillon, PARIS (XVe)

FUKUOKA ACTA MEDICA
(Fukuoka)

Kotorii. ***Lésions du parenchyme cérébral dans la méningite tuberculeuse*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. 32, n° 3, Mars 1939). — Résultat d'examen de 18 cerveaux de méningite tuberculeuse : 10 adultes et 8 enfants.

La méningite tuberculeuse est surtout considérée comme basilaire. Les lésions corticales sont habituelles, quelquefois aussi importantes.

Le cerveau des enfants présente en général des lésions plus graves que celui de l'adulte.

Les cellules ganglionnaires du cerveau présentent un mélange de lésions aiguës et de ratatinement des cellules. Dans les noyaux sous-corticaux, on trouve surtout des lésions aiguës. On trouve en outre des lésions focales, ou de véritables destructions cellulaires. La glie de Cajal présente surtout des lésions sous-durales jusqu'à la 3e couche. L'oligodendroglie présente des lésions diffuses. On rencontre à la surface du cerveau, tant à la convexité qu'à la base, des foyers de nécrose qui prédominent dans les lobes frontaux et temporaux, plus rares dans les gyrus centraux antérieur et postérieur, toujours absents dans le lobe occipital. Ces foyers de nécrose présentent des lésions destructives à des stades divers. Ils sont la conséquence des lésions d'artérite oblitérante.

Les lésions méningées et parenchymateuses ne sont pas toujours parallèles.

Les lésions de la corne d'Ammon sont constantes, mais plus ou moins importantes.

Dans 15 cas on trouvait des foyers funiculaires superficiels du tronc cérébral, du pont et du bulbe.

Dans les 2/3 des cas le pallidum et le striatum sont intéressés. Sont également intéressés: le corps de Luys, les corps mamillaires, les noyaux hypothalamiques, les corps genouillés, la substance noire de Sœmmering, le noyau rouge. Le cervelet présente des lésions de même ordre.

Dans la moelle, on trouve des lésions inflammatoires et nécrosantes. Des infiltrations périvasculaires sont très marquées dans les parois des 3e et 4e ventricules.

Dans ces lésions on trouve souvent des bacilles tuberculeux disséminés.

Les lésions de nécrose ou de ramollissement sont la conséquence d'oblitérations vasculaires par des lésions tuberculeuses.

On rencontre des tubercules dans la substance cérébrale, spécialement dans la protubérance, dans le cervelet et dans le lobe frontal.

Les lésions observées sont destructives, et nulle part on n'observe de processus de guérison.

H. Schaeffer.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

A. Billi (Florence). ***Sur les résections étendues du grêle*** (*Archivio italiano delle mallattie dell'apparato digerente*, t. 8, n° 3, Juin 1939, p. 211-260). — B. a eu l'occasion de pratiquer 2 résections étendues du grêle, l'une de 2 *m.* 10 chez un enfant de 8 ans blessé d'un coup de corne par un taureau, l'autre de 3 *m.* 60 chez un jeune homme de 19 ans atteint d'occlusion récidivante; ce sont les suites éloignées, après 27 et 20 mois, de ces résections qu'il rapporte dans ce mémoire. Des phénomènes de compensation se sont établis, le temps d'évacuation gastrique s'est prolongé (8 à 9 heures) et le diamètre des anses intestinales subsistantes s'est accru. L'étude du pouvoir d'absorption de l'intestin d'après la courbe du poids après la résection indique que la surface de l'intestin restant suffit quantitativement à assurer à l'organisme ses besoins en calories et même à les dépasser, tout au moins pendant une période déterminée; par contre, il semble douteux que l'absorption qualitative de toutes les substances nécessaires à la vie et à la croissance soit possible; le circuit entéro-hépatique est modifié surtout en ce qui concerne l'action des sécrétions biliaires qui ne peuvent plus agir que sur une portion réduite de l'intestin; d'autre part, la résection a supprimé une partie des dépôts viscéraux éventuels de la masse sanguine, ainsi qu'une quantité notable de récepteurs presseurs; on conçoit facilement que les opérés aient une pression artérielle basse et que leur système musculaire soit très déficient.

Les dosages des lipides sanguins ont montré que la cholestérine libre était modérément diminuée et que les esters de cholestérine l'étaient considérablement, au point de ne pas être mis en évidence à certains examens. L'épreuve de la lipémie postalimentaire a décelé au lieu de l'hypercholestérinémie normale une hypocholestérinémie portant sur les fractions libre et estérifiée et les phosphatides n'ont pas présenté d'élévation notable.

Lucien Rouquès.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE
(Bologne)

M. Paltrinieri (Bologne). ***Observations de rétraction ischémique de Volkmann chez des hémophiles*** (*Bullettino delle scienze mediche*, an. 111, n° 3, Mai-Juin 1939, p. 203-213). — Les observations de syndrome de Volkmann chez les hémophiles sont exceptionnelles; P. en a retrouvé dans la littérature 2 cas de Hey Groves et 1 cas de Pasquali; après avoir reproduit l'observation de ce dernier auteur, il en expose un cas personnel survenu chez un sujet de 19 ans atteint d'hémophilie familiale et ayant déjà présenté un hématome de la fosse iliaque et une hémartrose du genou; ce sujet tombe sur la paume de la main gauche et ressent une douleur au niveau du coude; quelques jours après, on remarque une très vaste ecchymose et le malade se plaint de fourmillements et de paresthésies au niveau des doigts gauches; puis les doigts, sauf le pouce, se mettent en crochet; 2 mois après l'accident, P. constate que les muscles de l'avant-bras ont une consistance ligneuse et que ceux de la paume sont atrophiés; les 3es et 2es phalanges sont fléchies et les 1res en extension; l'avant-bras est en demi-pronation et la supination impossible; on note une hypoesthésie à tous les modes sur les doigts dans le territoire du médian et du cubital et l'examen électrique confirme l'existence d'une parésie de ces nerfs; au palper, l'artère radiale gauche n'est pas modifiée, mais l'indice oscillométrique est diminué; la radiographie ne montre aucune fracture.

Cette observation met bien en valeur le rôle pathogénique prépondérant de l'hématome profond interstitiel dans le syndrome de Volkmann; en règle générale, on admet que ce syndrome apparaît après un traumatisme mal soigné; le cas des hémophiles, comme celui des sujets atteints de purpura hémorragique, fait exception à cette règle.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA
(Bologne)

G. Cavalli (Modène). ***Résultats du dosage de la mucine dans le suc gastrique*** (*La Clinica*, t. 5, n° 4, Avril 1939, p. 358-375). — A la suite des travaux de Leriche sur le rôle protecteur du mucus dans la pathogénie des ulcères, de nombreux auteurs ont dosé la mucine dans le suc gastrique et certains ont avancé qu'il y avait normalement antagonisme entre les sécrétions de l'HCl et de la mucine et que cet antagonisme était particulièrement accusé au cours des ulcères (taux élevé d'HCl, valeurs très basses de la mucine) et des cancers de l'estomac (taux élevé de la mucine, diminution ou absence d'HCl). Toutefois, ces résultats n'ont pas toujours été confirmés et le rôle protecteur du mucus a été mis en doute. C. a dosé chez 54 sujets normaux ou présentant des affections diverses du tube digestif la mucine gastrique, à jeun et au cours d'une épreuve à l'histamine; il a utilisé la méthode de Vincent modifiée. Si dans la plupart des cas, il y a bien antagonisme entre les sécrétions, les exceptions ne sont pas rares et souvent la courbe des deux sécrétions est parallèle; la valeur diagnostique de l'épreuve paraît très faible, et d'ailleurs le dosage ne porte que sur le mucus passé dans le suc gastrique, négligeant tout celui qui reste adhérent aux parois.

Lucien Rouquès.

S. Caminiti (Milan). ***Le fonctionnement du pancréas chez les malades atteints d'appendicite*** (*La Clinica*, t. 5, n° 4, Avril 1939, p. 398-409). — C. a étudié le fonctionnement pancréatique chez 26 sujets atteints d'appendicite aiguë, subaiguë ou chronique d'emblée, avant et après appendicectomie. L'insuffisance pancréatique existait dans la majorité des cas et était surtout accusée dans les formes chroniques d'emblée; elle se traduisait par l'augmentation de la lipase sérique, parfois par celle de l'amylase sanguine et urinaire et souvent par l'hyperglycémie avec diminution de la tolérance des hydrates de carbone (hyperglycémie immédiate supérieure à la normale et prolongée, absence de l'hypoglycémie terminale). C. pense qu'il s'agit d'une insuffisance purement fonctionnelle due à un déséquilibre réflexe du système végétatif local; quelques jours après l'appendicectomie, la fonction pancréatique redevient normale; lorsque l'opération est tardive, une insuffisance d'ordre anatomique peut s'établir par persistance de l'excitation réflexe ou par infection secondaire de la glande.

Lucien Rouquès.

C. Uggeri et B. Ferrari (Pavie). ***Sur l'alcoolonovocaïnisation des ganglions sympathiques dorsaux dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*La Clinica*, t. 5, n° 6-7, Juin-Juillet 1939, p. 631-646). — U. et F. ont traité 10 tuberculeux pulmonaires par l'infiltration uni- ou bilatérale des ganglions sympathiques dorsaux avec de la novocaïne et de l'alcool suivant la technique de Chaize et Mollard. Dans 4 cas, une amélioration plus ou moins sensible et persistante a coïncidé avec le traitement mais les malades sont tous restés cracheurs de bacilles; dans les 6 autres cas, les résultats du traitement ont été presque nuls (il faut remarquer que deux des malades étaient dans un état très grave). Dans 3 cas seulement, le réflexe oculo-cardiaque a été inversé par les infiltrations; dans 1 de ces cas, le réflexe est redevenu et est resté normal mais l'amélioration a été nulle; U. et G. pensent que les relations entre les modalités du réflexe oculo-cardiaque, l'état des malades et les effets du traitement ne sont pas aussi étroits que Chaize et Mollard l'ont soutenu.

L'infiltration du sympathique dorsal ne donne pas les résultats presque miraculeux qu'ont signalés certains auteurs; toutefois chez les malades de U. et F. qui ont été améliorés, on a pu noter radiologiquement une tendance à la disparition des processus périfocaux et semble-t-il, l'accentuation de la sclérose; l'infiltration peut avoir des effets utiles sur l'état général et l'état local dans certaines formes déjà avancées de tuberculose pulmonaire bilatérale à tendance chronique.

Lucien Rouquès.

DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE

GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME



AMPOULES
2 c.c.
FLUOR
MANGANÈSE
CACODYLATE
STRYCHNINE

Littérature & échantillons: Éts SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux. PARIS (16e)



SOLUTION ET COMPRIMÉS

amorce le sommeil naturel



Insomnie
Troubles nerveux

Ech ons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
45 Rue du Marché-Neuilly-PARIS

2 PILULES GLUTINISÉES NOUVEAU CORPS IODÉ ORIGINAL CITRATÉ 2 à 3 FOIS PAR JOUR

IODOCITRANE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

TROUBLES ARTÉRIELS ET VEINEUX

MALADIES DE LA CINQUANTAINE
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal. PARIS

GAZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. F. Capuani et **P. Mazzola** (Novare). ***Fibrinogène et fractions protéiques du sang dans l'asthme bronchique*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **60**, n° 25, 18 Juin 1939, p. 593-596). — Chez 37 asthmatiques, C. et M. ont dosé les diverses fractions protéiques du plasma par la méthode de Merklen, Breton et Adnot; pour la sérine, ils ont trouvé en moyenne 50 *g.* par litre, soit un chiffre normal, et pour la globuline en moyenne 27 *g.*, soit un chiffre un peu inférieur à la normale (30 *g.*); le fibrinogène était nettement diminué: 7 *g.* 6 par litre au lieu de 9 *g.*; le rapport sérine/globuline était de 1,8 un peu supérieur à la normale, et l'indice sérine/fibrinogène très augmenté, 2,9 en moyenne et dans un cas 4,2. Le déséquilibre protéique des asthmatiques dépend donc de la diminution du fibrinogène, les autres globulines ne présentant qu'une baisse assez légère. Comme le fibrinogène est élaboré exclusivement par le foie, on peut admettre que sa diminution chez les asthmatiques est le fait d'une insuffisance hépatique relative; cette diminution fournit un argument en faveur de la conception qui attribue à l'insuffisance hépatique de nombreux aspects du tableau clinique de l'anaphylaxie.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI BATTERIOLOGIA E IMMUNOLOGIA
(Turin)

D. Rodino (Naples). ***Sur la teneur en bactéries du sang portal dans l'occlusion intestinale aiguë (recherches expérimentales)*** [*Giornale di batteriologia e immunologia*, t. **22**, n° 5, 1939, p. 764-777]. — R. a ensemencé le sang porte et le sang cardiaque chez une série de lapins dont l'intestin avait été lié avec un cordon de soie; dans les occlusions basses (ligature du grêle près du cæcum), les prélèvements des sangs portal et cardiaque ont été positifs (*B. subtilis, proteus* ou staphylocoques) chez 7 animaux étudiés au bout de 48 heures et négatifs chez un autre (prélèvements faits après 24 heures); dans les occlusions moyennes (ligature d'une anse équidistante du pylore et du cæcum), les prélèvements faits à la 36e heure ont été positifs dans 4 cas sur 7 pour le sang portal et dans 1 cas sur 7 pour le sang cardiaque; dans les occlusions hautes (ligature de la première anse grêle), les prélèvements faits à la 24e heure ont donné 3 résultats positifs sur 7 pour le sang portal et 1 sur 7 pour le sang cardiaque. De ces résultats, R. conclut que la mort des sujets atteints d'occlusion ne doit pas dépendre en général d'une infection; il pense que les germes contenus dans les anses produisent des substances toxiques dont la résorption est la cause principale des accidents.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

C. Angeleri et **M. Pescarmona** (Turin). ***La phosphatase du sérum sanguin au cours des ictères*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **1**, n° 18, 5 Mai 1939, p. 425-430). — En 1933, Roberts a soutenu que le dosage de la phosphatase sérique était un des meilleurs éléments du diagnostic différentiel entre les ictères mécaniques et les ictères d'origine hépato-cellulaire; cette assertion a été confirmée par certains auteurs et combattue par d'autres. Après avoir dosé par la technique de Kay la phosphatase sérique dans 16 cas d'ictère d'étiologie variée, A. et P. concluent que cette recherche est dépourvue de toute valeur pour le diagnostic, l'hyperphosphatasémie pouvant s'observer dans les ictères par obstruction comme dans les ictères par hépatite, les ictères par hépato-angiocholite, les ictères hémolytiques type Micheli-Dominici et au cours des cirrhoses hépatiques sans ictère ; aucun rapport ne peut être mis en évidence entre l'augmentation de la phosphatase et la teneur du sérum en bilirubine, ni avec la durée de l'ictère; il semble exister une certaine relation entre l'hyperphosphatasémie et l'augmentation du taux des sels biliaires du sang, ce qui dépend peut-être d'une surproduction de phosphatase tendant à compenser l'effet inhibiteur qu'ont les sels biliaires sur l'activité de la phosphatase.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Biancalana (Turin). ***Le traitement chirurgical du syndrome de Ménière ; la stellectomie pour les syndromes post-otitiques*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **1**, n° 21, 26 Mai 1939, p. 497-500). — Dans un cas de syndrome de Ménière sans antécédents otitiques, caractérisé par la céphalée, l'hypoacousie, les vertiges et l'impression de bruit de chute d'eau, B. a fait une trépanation occipitale et trouvé une arachnoïdite kystique de l'angle ponto-cérébelleux; après ouverture du kyste, il a libéré soigneusement l'auditif des membranes arachnoïdiennes; la céphalée, les vertiges et les bruits subjectifs ont disparu et l'audition est redevenue quasi-normale. Dans les cas où le syndrome de Ménière est subordonné à l'arachnoïdite, B. estime que l'intervention doit s'adresser uniquement à celle-ci, sans sectionner l'auditif.

Dans les syndromes de Ménière post-otitiques, les sections totales ou partielles du nerf donnent des résultats médiocres. B., se basant sur l'importance du sympathique et de l'élément vaso-moteur dans les manifestations labyrinthiques, cochléaires et vestibulaires, propose de faire dans ces cas une stellectomie, opération simple qui permet d'interrompre certainement toutes les fibres sympathiques se dirigeant vers la moitié correspondante de la tête; B. a fait cette opération dans 5 cas, toujours par voie antérieure (soit par la technique de Leriche et Fontaine, soit par une incision moins visible, analogue à celle de Pieri) et a obtenu 5 guérisons complètes.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. C. Avogadro et **C. Scarinci** (Gorizia). ***Recherche du bacille de Koch dans les sécrétions recueillies par sondage et lavage des bronches; prélèvement direct et séparation des excrétions*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **1**, n° 21, 26 Mai 1939, p. 500-506). — La technique de A. et S. est la suivante: anesthésie d'une fosse nasale par pulvérisation; introduction dans la narine d'une sonde de Hicquet à double courant, opaque aux rayons X et du calibre de 6 *mm.*; la sonde arrivée à l'orifice laryngé supérieur, anesthésie par instillation; une nouvelle anesthésie permet de dépasser l'éperon trachéal et d'introduire l'extrémité de la sonde dans la bronche voulue; on injecte 10 cm^3 de sérum physiologique et, après quelques minutes, on aspire ce sérum qui contient des sécrétions bronchiques; il est facile d'engager la sonde dans la bronche voulue, sauf pour la bronche du lobe supérieur; on peut tourner la difficulté, dans ce dernier cas, en injectant moins de sérum et en plaçant le sujet en position de Trendelenburg. Cette petite intervention est toujours bien supportée, peu pénible et à la portée de tout médecin. Chez 13 tuberculeux ne crachant pas ou dont les crachats ne contenaient pas de bacilles, A. et S. ont utilisé cette technique et chez 7 d'entre eux ont trouvé des bacilles dans les sécrétions bronchiques par examen direct ou homogénéisation; ils publieront plus tard leurs résultats d'ensemencement des sécrétions sur milieu de Petragnani. Cette technique mérite d'être retenue; en permettant de préciser le côté d'où proviennent les bacilles, elle est particulièrement utile chez les tuberculeux bilatéraux ayant ou chez qui l'on se propose de faire un pneumothorax.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Bajardi et **M. Margulius** (Turin). ***Le métabolisme de la vitamine C dans la maladie de Biermer*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **1**, n° 23, 9 Juin 1939, p. 553-560). — B. et M. ont recherché chez 18 malades atteints d'anémie pernicieuse un déficit éventuel en vitamine C; ils ont employé la technique de charge : injection intramusculaire quotidienne de 300 *mg.* d'acide ascorbique et dosage de celui-ci dans les urines; dans 16 cas, le déficit a été très net; chez 8 malades, l'acide ascorbique a été dosé dans le sang et un chiffre inférieur à la normale a toujours été trouvé. Cette carence en vitamine C est attribuable à un défaut d'absorption consécutif à l'état dystrophique de la muqueuse digestive; sous l'action de l'hépatothérapie, le trouble d'absorption s'atténue puis disparaît. Il y a lieu de faire aux malades atteints d'anémie pernicieuse en période de décompensation un traitement temporaire par des injections d'acide ascorbique, de façon à remettre en état de saturation l'organisme carencé.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Vacino (Vercelli). ***L'évolution de la tuberculose chez les fils de tuberculeux*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **2**, n° 31, 4 Août 1939, p. 105-111). — V. n'a retenu comme hérédo-tuberculeux que les tuberculeux dont l'un des parents ou les deux étaient vraisemblablement atteints de tuberculose avant la naissance de leur enfant et sont morts ultérieurement de tuberculose confirmée ou sont encore malades. Sur 4.447 tuberculeux de plus de 12 ans, il a relevé 270 hérédo-tuberculeux, soit à peine 6 pour 100; dans 245 cas, les géniteurs malades étaient déjà décédés de tuberculose (dans 122 cas, la mère; dans 108, le père; dans 15, le père et la mère); dans 25 cas, le géniteur malade était encore vivant. Parmi les hérédo-tuberculeux, on compte 105 cas de tuberculose pulmonaire productive, 86 cas de tuberculose exsudative, 54 cas de tuberculose fibro-ulcéreuse, 11 cas de syndromes toxémiques, 14 cas de tuberculose extra-pulmonaire. Dans l'ensemble, la tuberculose a eu une marche plus grave chez ces hérédo-tuberculeux que chez les malades analogues, mais sans antécédents héréditaires de tuberculose. Ces données ne sont pas favorables à la conception de l'hérédo-immunité tuberculeuse soutenue par Sanarelli.

LUCIEN ROUQUÈS.

RINASCENZA MEDICA
(Naples)

C. Maderna (Naples). ***Préparations sulfamidées et spermatogénèse*** (*Rinascenza medica*, t. **16**, n° 11, 15 Juin 1939, p. 367-368). — L'accord n'est pas fait sur les modifications que la sulfamidothérapie peut amener dans la spermatogénèse. Ayant étudié le sperme de 43 sujets atteints de blennorragie subaiguë ou chronique avant et après traitement sulfamidé, M. a noté presque toujours la diminution du nombre des spermatozoïdes avec, dans quelques cas, des altérations morphologiques; ces altérations ont disparu et le nombre des spermatozoïdes est redevenu normal en 1 ou 2 mois chez tous les malades, sauf chez 2 qui avaient une prostatite chronique; dans 2 cas, le nombre des spermatozoïdes, loin de diminuer sous l'influence du médicament, a sensiblement augmenté. C'est à une action toxique directe du médicament au cours de son élimination par les glandes génitales que M. attribue les modifications passagères de la spermatogénèse.

LUCIEN ROUQUÈS.



PYUROL
ACTION ANTISEPTIQUE SUR L'APPAREIL URINAIRE L'APPAREIL DIGESTIF SUR LE FOIE & SUR LA DIURÈSE
ORTHOPHORINE
ACIDE PHOSPHORIQUE GRANULÉ (FORMULE DE JOULIE)
TROUBLES DE LA NUTRITION – TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX
La plus grande teneur en PO4H3 libre
SANS ACIDITÉ BRUTALE PEUT SE CROQUER PUR
SUR DEMANDE: PAPIER RÉACTIF POUR PH URINAIRE
ORTHO-GASTRINE
TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE OU INTESTINALE
LABORATOIRES A. LE BLOND
Pharmacien de 1re Classe – Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
15, Rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)
REG. DU COMMce SEINE 56 049
TÉLÉPHONE: LONgchamp 07-36



LE PANSEMENT DE MARCHE
ULCÉOPLAQUE-ULCÉOBANDE
du Docteur MAURY
CICATRISE RAPIDEMENT les PLAIES ATONES, les ESCARRES, les ULCERES VARIQUEUX
même très anciens et tropho-névrotiques
sans interrompre ni le travail ni la marche
CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES
Dans chaque boîte : 6 pansements Ulcéoplaques pour 24 jours.
Deux dimensions : Ulcéoplaques n° 1 : 5 cm./6 cm. Ulcéoplaques n° 2 : 7 cm./9 cm.
Formuler : 1 boîte Ulcéoplaques n° 1 ou n° 2 1 Ulcéobande.
LABORATOIRE SÉVIGNÉ, 76, rue des Rondeaux, PARIS-XXe

LA SETTIMANA MEDICA
(Palerme)

G. Bombi (Raguse). ***Syndrome hépato-splénique chronique avec ictère traité par la ligature de l'artère splénique ; résultat au bout d'un an*** (*La Settimana medica*, an. 27, n° 17, 27 Avril 1939, p. 501-510). — B. rapporte l'observation d'une malade de 17 ans présentant le syndrome suivant dont le début apparent remontait à 8 mois : hépatosplénomégalie, la splénomégalie étant partiellement réductible par l'adrénaline et paraissant antérieure à l'hépatomégalie; pâleur avec ictère conjonctival; anémie (3.060.000 hématies ; valeur globulaire : 1,06) ; leucocytose (15.800 leucocytes avec 69 polynucléaires neutrophiles, 1 éosinophile, 25 lymphocytes et 5 monocytes pour 100); diminution des plaquettes (112.000) ; résistance globulaire maxima, 0,30; moyenne, 0,34; minima, 0,46; réactions de Van den Bergh directe et indirecte immédiatement et fortement positives; bilinogène fécal : 131 mg. par 24 heures; indice hémolytique : 2,50; mauvais état général avec amaigrissement accentué; poussées fébriles. Il s'agissait donc d'une hépato-splénomégalie avec ictère mixte, hépatique et hémolytique.

L'artère splénique fut liée très près de son origine, des ganglions lymphatiques sus-pancréatiques hypertrophiés ayant empêché de la lier au siège normal; l'opération, qui fut très bien supportée, permit de vérifier la réalité de l'hépato-splénomégalie; la rate était plutôt ferme, adhérente au niveau de son pôle inférieur; le foie, en dehors de son hypertrophie, ne présentait pas d'altérations macroscopiques ; tous les ganglions préaortiques étaient hypertrophiés et congestifs, sans périadénite. Après l'opération, la rate présenta une réduction de volume immédiate, puis son volume continua à régresser progressivement; le volume du foie diminua aussitôt après la ligature, resta ensuite stationnaire pendant 6 mois, puis diminua à nouveau, tandis que la consistance redevenait normale. L'anémie disparut complètement ; l'indice hémolytique passa peu à peu à 1,59 et le bilinogène fécal à 121 *mg.* ; la réaction indirecte de Van den Bergh resta positive pendant 5 mois, puis se négativa; la réaction directe immédiatement positive au bout de 5 mois, lentement positive après 8 mois, devint négative au bout de 1 an ; à ce moment, la leucocytose était encore de 9.450 avec 46 neutrophiles, 7 éosinophiles, 43 leucocytes et 4 monocytes; les poussées fébriles cessèrent au bout de 6 mois; l'état général s'améliora et le subictère disparut lentement. Le taux de la résistance globulaire après l'opération n'est pas indiqué.

LUCIEN ROUQUÈS.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

M. Szour. ***Essai de traitement de l'asthme bronchique au moyen d'injections d'alcool éthylique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **16**, n° 15 du 20 Avril et n° 16 du 27 Avril 1939). — S'inspirant du principe de la stimulation du système réticulaire déterminée par les injections intraveineuses d'alcool éthylique et possédant le pouvoir d'entraver ou de supprimer les états allergiques, S. applique cette méthode au traitement de l'asthme bronchique. Son expérience s'étend sur 60 cas personnels. Les injections sont pratiquées journellement à la dose de 5 à 10 cm^3 d'alcool éthylique à 33 pour 100 en solution physiologique. Les injections sont faites en série de 30 à 40 injections. Dans 40 pour 100 des cas, S. enregistre des rémissions de longue durée; dans 26 pour 100 des cas, le traitement est suivi d'amélioration notable. Il compte enfin 34 pour 100 d'insuccès, mais n'observe aucun effet nocif de la médication qui pourrait servir de base à des contre-indications.

Les insuccès se produisent dans les formes de tuberculose toxique, climatiques ou névropathiques pures. En conclusion, S. estime que la méthode qu'il préconise est un moyen efficace et inoffensif, susceptible de combattre les états asthmatiques et de produire de longues rémissions.

FRIBOUAG-BLANC.

MEDYCYNA
(Varsovie)

J. W. Grott et **Z. Galinowski.** ***Acide oxalique et acide urique chez les malades présentant des troubles du métabolisme*** (*Medycyna*, n° 1, 7 Janvier 1939). — Dans un travail fait sur 194 malades, atteints de troubles du métabolisme, et répartis dans les catégories suivantes : 37 malades atteints de troubles hépatiques, 27 diabétiques, 16 malades présentant de la glycosurie d'origine rénale et 29 atteints de maladies diverses, G. et G. étudient les oscillations des acides oxalique et urique dans le sang. Il résulte de leurs constatations que l'augmentation de l'acide urique peut coïncider avec l'augmentation du niveau de l'acide oxalique.

Cependant, les troubles du métabolisme de l'acide oxalique peuvent exister isolément. Il existe une certaine corrélation entre les troubles du métabolisme de l'acide urique et de l'acide oxalique, elle intéresse la fréquence de leur coexistence sans parallélisme ou dépendance absolus.

FRIBOUAG-BLANC.

NORDISK MEDICIN
(Stockholm)

N. I. Nissen. ***La sérothérapie de la pneumonie au Danemark*** (*Nordisk Medicin*, vol. 2, n° 25, 24 Juin 1939, p. 1887-1893). — Rapport danois au XIX° Congrès nordique de médecine interne. Sur 932 cas de pneumonie traités par un sérum spécifique, la mortalité fut de 13,5 pour 100. Ce chiffre est un maximum car le matériel est hétérogène et souvent les cas ne furent pas traités d'une manière satisfaisante, ou trop tard. Il est montré que les types de pneumocoques à numéros élevés sont, eux aussi, séro-traitables. Dans le traitement du type III les résultats sont beaucoup moins satisfaisants, même si le traitement est précoce. Dans les cas d'hémoculture positive la mortalité est abaissée de 90 pour 100 à 45 pour 100. Il est donc important de déterminer les types de pneumocoques aussitôt que possible, même dans les cas traités avec du « M et B 693 », car cette thérapie doit être suppléée par le sérum dans les cas de septicémie.

J. H. VOGT.

Fredrick Saltzman. ***Quelques observations sur la morbidité et la mortalité de pneumonie et sur son traitement, spécialement par « M et B 693 »*** (*Nordisk Medicin*, vol. 2, n° 25, 24 Juin 1939, p. 1894-1897). — Rapport finnois au XIX° Congrès nordique de médecine interne. La mortalité de la pneumonie paraît diminuer lentement à Helsingfors depuis 1880. Le nombre de cas varie beaucoup et la mortalité oscille entre 10 et 36 pour 100. Dans 100 cas traités avec M et B 693, la mortalité fut de 6 pour 100. 3 pour 100 étaient des cas désespérés lorsque le traitement fut commencé.

J. H. VOGT.

Olaf Romcke et **Erik Vogt.** ***Sur le traitement de la pneumonie*** (*Nordisk Medicin*, vol. 2, n° 25, 24 Juin 1939, p. 1898-1906). — Rapport norvégien au XIX° Congrès nordique de médecine interne. Sur 342 cas de pneumonie traités avec « M et B 693 » et en omettant les cas de mort dans les premières 24 heures, la mortalité fut de 5,8 pour 100. Pour les 245 cas de pneumonie lobaire, la mortalité fut de 4,3 pour 100. Pour les 193 cas au-dessous de 50 ans, la mortalité fut de 1,6 pour 100 seulement. Le pronostic s'améliore si le traitement est institué dans les 6 premiers jours. Des 27 cas de type III, un seul est mort. La dose moyenne de « M et B 693 » dans les cas au-dessus de 10 ans fut de 22 *g*. Dans 5 cas le médicament n'eut aucun effet.

J. H. VOGT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Haxthausen. ***Pathogénie des eczémas allergiques, élucidée par les expériences sur la sensibilisation avec le dinitrochlorobenzène*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 3, Mai 1939, p. 257-272). — L'expérience a montré que la peau de l'homme normale peut être sensibilisée dans son ensemble par une seule application d'une solution de 2-4 dinitrochlorobenzol à 30 pour 100 dans l'acétone. L'extension de l'allergie s'étend sur la peau jusqu'à une distance de 10 *cm.* environ de la partie traitée; mais certains anticorps paraissent cheminer par voie sanguine.

Si l'on isole de petits îlots cutanés par des incisions pénétrant jusqu'au tissu sous-cutané, l'allergie se manifeste également dans ces îlots.

L'irradiation ultraviolette intense d'une partie de la peau avant l'application de l'antigène n'empêche pas la sensibilisation.

Après badigeonnage d'antigène et application de neige carbonique pendant 10 secondes, la sensibilisation n'apparaît au bout de 1 à 8 jours que dans 20 pour 100 des cas.

Par application d'antigène sur une très petite partie de la peau, H. a réussi à établir une allergie strictement locale dans plusieurs cas.

L'allergie est spécifique, puisque parmi des substances semblables, une seule, le 3-4 dinitrochlorobenzol a donné des réactions positives (4 cas sur 6).

Ces résultats semblent indiquer que les cellules épidermiques jouent un rôle actif considérable dans l'évolution de l'allergie, sans doute à cause d'une faculté spéciale pour la production d'anticorps au contact direct de l'antigène.

R. BURNIER.

Sven Hellestrôm. ***L'infection tuberculeuse primitive de la peau et des muqueuses*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **20**, fasc. 3, Mai 1939, p. 276-301). — H. rapporte deux cas d'infection primitive tuberculeuse cutanéo-muqueuse, c'est-à-dire survenant chez des sujets antérieurement exempts de tuberculose.

Une jeune femme de 22 ans, sans antécédents familiaux, a eu, 3 à 4 semaines avant l'apparition d'une adénite inguinale caséifiée, simulant une lymphogranulomatose, deux coïts avec un homme de 24 ans qui, 8 mois auparavant, avait subi une néphrectomie et une urétérolithotomie pour tuberculose rénale et urétérale. L'urine de cet homme, inoculée au cobaye, donna une réaction positive. Il s'agit sans doute dans ce cas d'une tuberculose génitale primitive d'*étiologie vénérienne*, comme H. en a retrouvé 6 cas publiés dans la littérature. La période d'incubation, depuis le coït infectant jusqu'à l'apparition de l'adénite, paraît être de trois semaines à un mois. Il peut exister également des contaminations cervico-utérines tuberculeuses.

Un jeune homme de 19 ans, sans antécédents familiaux, a eu dans une piscine publique une excoriation un peu sanglante de la racine du nez, dont il ne reste plus trace. A ce moment, réaction de Mantoux négative jusqu'à 1 *mg.*

Six semaines plus tard apparaît, au même endroit, une éruption de nodules lupiques; réaction de Mantoux fortement positive à 1/1.000. L'histologie parle en faveur d'une lésion tuberculeuse de la peau, mais on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les coupes. Dans ce cas, l'incubation de l'infection tuberculeuse a été particulièrement rapide : quelques semaines.

R. BURNIER.

NEO-SOLMUTH

Solution huileuse de Campholate de Bismuth
contenant 0,04 cg. de Bismuth Métal par c. c.

STABILITÉ ABSOLUE ::: INDOLENCE PARFAITE

Ampoules de 1 ou 2 c. c. Boîte de 12 ampoules.

— Injections Intra-musculaires —

LABORATOIRES L. LECOQ & F. FERRAND, 14, rue Aristide-Briand — LEVALLOIS

LA QUALITÉ
BIEN CONNUE
DE
L'ENDOPANCRINE
SE RETROUVE DANS
L'HOLOSPLÉNINE
(INJECTABLE)
EXTRAIT DE RATE
DERMATOLOGIE - ANÉMIE
TUBERCULOSE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION · PARIS (XV[e])



IODISATION INTENSIVE
TOUS RHUMATISANTS CHRONIQUES
PAR
IODHEMA
(Communication de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, des 21 Juin 1923 et 18 Juin 1926)

Iodoalcoylate d'Hexaméthylène Tétramine

3 FORMES : MÉTHYLE - BENZYLE - MIXTE
AMPOULES : Voies Veineuse ou Musculaire.
FLACONS : Voie gastrique. 2 cuillerées par jour.

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (V[e])

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

Sven Ostlind. ***Les brachialgies*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. **14**, fasc. 1-2, 1939, p. 137-153). — Sur 4.576 malades examinés à la consultation neurologique externe, S. O. a observé 120 brachialgies, soit 2,60 pour 100 environ. Dans le même temps O. a observé 142 autres névralgies, soit: 86 névralgies faciales, 9 névralgies occipitales, 47 sciatiques.

Il faut distinguer 2 catégories de brachialgie. Les brachialgies symptomatiques de causes multiples: affections chirurgicales de l'épaule; douleurs réflexes d'origine cardiaque, pleurale ou vésicale; artropathies scapulo-humérale ou acromio-claviculaire et péritendinite calcaire ou bursite calculeuse de l'épaule; myalgies de la région; spondylose déformante cervicale, tumeurs primitives ou secondaires du rachis cervical, et pachyméningite cervicale; côtes cervicales avec compressions nerveuses.

Les brachialgies primitives ou essentielles, dans lesquelles les douleurs sont spontanées, avec des crises paroxystiques séparées par des intervalles libres.

O. insiste sur la fréquence de la spondylose de la colonne cervicale dans les brachialgies et sur son rôle possible dans la genèse des douleurs, qui peut s'expliquer par la formation de spicules et l'amincissement du disque intervertébral entraînant une compression. Il pourrait exister également une inflammation du périoste avec exsudat épidural stérile comprimant les racines nerveuses (Nathan).

Urechia admet l'existence d'une arachnoïdite adhésive, décelable par le lipiodol. Chavany a invoqué le rôle de la grippe et des virus neurotropes.

Les brachialgies ont souvent un début brusque, « apoplectique ». La douleur est insupportable au début, spontanée ou provoquée. Elle est exagérée par la toux, l'éternuement; elle s'irradie de la région interscapulaire à l'extrémité des doigts, accompagnée de paresthésies et parfois d'hypoesthésies et de troubles vaso-moteurs. La pression aux points de Valleix, l'extension des branches du plexus brachial exagèrent la douleur.

Il faut signaler aussi son association avec la péri-arthrite scapulo-humérale qui peut être secondaire à l'immobilisation antalgique. Les brachialgies sont plus fréquentes dans le sexe féminin, et la sciatique dans le sexe masculin.

O. insiste sur la fréquence de l'association des brachialgies avec les arthrites rhumatismales de l'épaule ou du rachis cervical.

H. Schaeffer.

Gunnar Wiberg. ***Le traitement opératoire des brachialgies*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. **14**, fasc. 1-2, 1939, p. 153-165). — Les brachialgies constituent un syndrome clinique dans lequel les douleurs peuvent reconnaître une origine aussi bien vasculaire que nerveuse. Dans certains cas ces douleurs reconnaissent une cause évidente : polynévrite, compression tumorale, côte cervicale, péri-arthrite scapulo-humérale, spondylose cervicale. Mais dans les cas où il n'existe pas de cause apparente W. fait jouer un rôle à l'état de tension du scalène antérieur.

Adson et Coffey, en 1927, utilisèrent la ténotomie du scalène antérieur comme traitement de choix des côtes cervicales. Dans un cas la section du scalène antérieur était faite pour procurer plus d'espace, et les auteurs observèrent que l'artère sous-clavière et même les branches du plexus brachial avaient tendance à se porter en avant. Ceci laisse penser que ces organes étaient comprimés dans l'angle formé par le scalène antérieur, et la 1re côte ou une côte cervicale. On en vint à utiliser cette intervention dans les brachialgies idiopathiques, et les résultats furent très satisfaisants. Dans ces cas on admit que la compression du paquet vasculo-nerveux était liée à une crampe du scalène antérieur élevant la 1re côte, et coinçant ces organes entre les côtes et le muscle. La cause de cette crampe musculaire échappe d'ailleurs. Une irritation du plexus brachial peut peut-être la déterminer, et inversement l'existence de cette crampe comprime le plexus. C'est un cercle vicieux.

W. a traité 5 cas de côte cervicale par scalénotomie avec de bons résultats. Il rapporte en outre 3 cas de brachialgie sans côte cervicale où la scalénotomie donna d'aussi bons résultats.

H. Schaeffer.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Paul Lauener. ***Constatations statistiques sur le goitre chez les écoliers du canton de Berne avant et après introduction du sel iodé*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 20, 20 Mai 1939, p. 455-458). — Actuellement, à Berne, le sel distribué est iodé. Pour avoir du sel non iodé, il faut le réclamer spécialement. En tenant compte des chiffres relevés par L., il y a 5 ans (1933) et ceux qui ont été relevés récemment (1938), au sujet de la fréquence du goitre, on constate que la prophylaxie ainsi réalisée a eu des effets considérables. Sur 31 districts, 3 seulement ont présenté une augmentation; l'un de ceux-ci figure d'ailleurs, parmi ceux qui sont le moins touchés par l'endémie. Parmi les localités les plus affectées, on peut constater que, d'une période à l'autre, la fréquence du goitre a baissé de 38 à 15 pour 100 (Niedersimmenthal, dans l'Oberland), de 34 à 8 pour 100 (Schwarzenburg, dans le Mittelland), de 14 à 3 pour 100 (Laufen, dans le Jura). Il est certain cependant que le sel iodé ne fera pas complètement disparaître le goitre mais l'utilité de cette méthode n'est pas discutable.

La consommation du sel iodé a été, en millions de kilogrammes, de 5,7 en 1937 et de 6,8 en 1938. Celle du sel non iodé a passé de 3,1 à 3,8.

Il semble que, cependant, si dans quelques districts bernois comme le Jura — aux « tendances plus romandes » (on y parle français) — on obéisse volontiers à ce point de vue aux prescriptions légales, par contre, dans la ville de Berne, on se heurte à un mauvais vouloir que des inspections faites périodiquement réduisent d'ailleurs. Ces faits sont de nature à expliquer qu'à Berne, le remplacement de la distribution des tablettes iodées aux écoliers par le sel iodé n'ait pas eu d'effets très satisfaisants. Pour l'âge de 9 ans, par exemple, l'absence de goitre n'a été constatée, en 1939, que dans 61 pour 100 des cas, contre 76 en 1933. Entre les deux périodes d'ailleurs le goitre proprement dit a passé de 11 à 9,4 pour 100.

En 1936, on a constaté l'absence de goitre chez les écoliers de 15 ans dans 85,2 pour 100 des cas chez les garçons et dans 71,4 pour 100 des cas chez les filles. Les mêmes constatations ont pu être refaites en 1938 et il semble que le besoin d'iode soit plus grand chez les filles que chez les garons. Ce fait a d'ailleurs été constaté également pour l'âge de 9 ans.

P.-E. Morhardt.

Heinz R. Landmann. ***Sécrétion interne et orthopédie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 25, 24 Juin 1939, p. 574-576). — Les phénomènes physiques et fonctionnels sont régis dans une mesure qui apparaît de plus en plus considérable par le système endocrinien. Il en est ainsi, notamment, dans les questions d'orthopédie et, tout d'abord, dans la question qui se pose en orthopédie comme en chirurgie générale, du risque opératoire. Les enfants atteints d'hypertrophie du thymus ou de constitution thymico-lymphatique, doivent, avant de faire l'objet d'une intervention, être soumis à une thérapeutique appropriée. Le diabète, qui s'accompagne d'une grande mortalité opératoire, doit également être traité avant que celui qui en est atteint soit opéré. Le choix de l'anesthésique dépend également de l'état du malade et doit être fait avec un soin particulier en cas d'hyperthyroïdie (anesthésie locale, avertine, protoxyde d'azote). En cas de diabète, on devra éviter tout anesthésique capable d'altérer le foie et, en cas d'infection des doigts et des orteils, l'anesthésie par infiltration qui peut provoquer la gangrène.

Dans le choc opératoire, on pense beaucoup à un trouble de la corticosurrénale. De même l'hormone de cette glande paraît avoir une influence favorable sur la guérison des plaies.

L'ostéomalacie, maladie orthopédique, est sous l'influence de désordres endocriniens (adénome des parathyroïdes). Il en est de même de la maladie de Paget (troubles hypophysaires) qui aurait bien réagi sous l'influence d'un régime approprié associé à l'insuline. La maladie de Recklinghausen est souvent bien influencée par l'ablation des parathyroïdes. Le genu varum, qui est physiologique chez la femme, s'accompagne chez l'homme du syndrome de Fröhlich ou d'eunuchoïdisme. La cyphose est souvent en relation avec l'acromégalie ou avec hyperparathyroïdisme. Beaucoup d'arthrites surviennent au cours d'hyperparathyroïdisme. La luxation congénitale de la hanche, expression d'une insuffisance de développement de l'*acetabulum*, s'accompagne souvent d'insuffisance de la thyroïde ou de l'hypophyse. De même, le décollement hypophysaire, qui est fréquent en cas de syndrome de Fröhlich, exige comme traitement un extrait hypophysaire et la stimulation des glandes sexuelles associée à une cure d'amaigrissement.

P.-E. Morhardt.

M. H. Remund et **S. Wehrli.** ***Explosion déclenchée par l'électricité statique en cas d'anesthésie par un mélange d'oxygène-éther*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 29, 22 Juillet 1939, p. 660-662). — Deux explosions survenues au cours d'anesthésies par mélange oxygène-éther ont été observées par R. et W., dans des conditions qui sont peu connues des chirurgiens.

Dans un de ces cas, l'explosion survint 10 minutes après le début de l'anesthésie et détermina des déchirures de l'arbre bronchique et du tissu pulmonaire suivies d'hémoptysies massives. En outre, on put constater aux rayons Roentgen, que l'air pénétra le long du hile jusque dans le médiastin, pour gagner la région cervicale et le thorax. Les symptômes régressèrent au bout de 10 à 12 jours. Dans l'autre cas, il ne survint que de petites brûlures superficielles. Matériellement, les dégâts de l'explosion furent minimes. Le fait qu'il y avait bien eu explosion et non simple excès de pression de gaz dans l'appareil est démontré, entre autres, par la présence dans les deux cas de petites brûlures.

Comme cause de l'explosion, on peut envisager la possibilité de la présence de peroxyde dans l'éther, ce qui empêche d'exclure une auto-inflammation. Cependant, l'examen chimique n'a pas permis de révéler la présence de peroxyde ni dans l'éther, ni dans les bombes d'oxygène. Une autre cause peut être constituée par la chaleur que dégage la compression et qui pourrait enflammer les corps gras existant au niveau des soupapes et des jonctions. Mais l'examen des appareils montra que cette hypothèse n'était guère admissible.

On a noté que, les deux fois, il faisait beau et sec, ce qui a amené la seconde fois à songer à l'électricité statique et à rechercher si la table d'opération et l'appareil d'anesthésie n'étaient pas chargés. On constata que ces objets présentaient une charge de plusieurs milliers de volts capable de déterminer des étincelles de plusieurs millimètres de longueur. Ces expériences auxquelles il fut procédé à plusieurs reprises donnaient d'ailleurs, suivant les jours, des résultats variables. On constata qu'une

MÉDICATION ANTIHÉMORRAGIQUE

POLYCALCION

ANTIHÉMORRAGIQUE
DÉCHLORURANT
ANTI INFECTIEUX

CHLORURE DE CALCIUM
PHOSPHATE ACIDE DE CALCIUM
GLUCONATE DE CALCIUM
Agréablement aromatisé (en gouttes)

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal, PARIS (IXe)

NEURO SÉDATIF
RECALCIFIANT
DÉSENSIBILISANT

DIUROCARDINE

TONIQUE DU CŒUR
AFFECTIONS CARDIAQUES ET RÉNALES
DIURÉTIQUE PUISSANT ET SUR
TOLÉRANCE PARFAITE

DIGITALE (titrée)
SCILLE (décathartiquée)

THÉOBROMINE
PHOSPHO-SODIQUE

DOSE MASSIVE : 2 ampoules ou 3 cach. p. jour pend. 5 jours

DOSE CARDIOTONIQUE : 1 ampoule ou 1 cachet p. jour pend. 10 jours

DOSE ENTRETIEN : ½ amp. ou 1 cachet p. jour, 10 jours p. mois

Diurocystine	ATOMINE	ALZINE	LOGAPHOS	Diurobromine
ANTISEPTIQUE URINAIRE URÉTHRITES - CYSTITES DIATHÈSES URIQUES	RHUMATISME - GOUTTE LUMBAGO - SCIATIQUE CALME LA DOULEUR	BRONCHITES ASTHME - EMPHYSÈME CALME LA TOUX	ASTHÉNIE - ANOREXIE STIMULANT POUR DÉPRIMÉS	AFFECTIONS RÉNALES ALBUMINURIES
Terpine - Benzoate de soude Camphorate de lithine Phosphothéobromine sodique	Ac. phényl - Quinoléine carbonique Théobromine phospho-sodique	Dionine - Lobélie - Polygala Belladone Digitale - Iodures	Ethylphosphates Noix vomique	Théobromine pure isotonisée (cachets de 0 gr. 50)
2 à 5 cachets par jour suivant les cas	2 à 5 cachets par jour	2 à 5 pilules par jour	20 gouttes avant les deux grands repas	2 à 4 cachets par jour suivant les cas

Laboratoires L. BOIZE et G. ALLIOT, 9, Av. J.-Jaurès, LYON



Affections de l'ESTOMAC, ENTÉRITE
chez l'enfant, chez l'adulte

ARTHRITISME

VALS-SAINT-JEAN

EAU DE RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE, LÉGÈREMENT GAZEUSE

Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.

DIRECTION VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann, PARIS

infirmière assise sur une chaise aux pieds isolés par des coiffes de caoutchouc pouvait, par quelques mouvements, porter la tension de son corps et de la chaise, à beaucoup plus de 10.000 volts. Des phénomènes analogues ont été observés au cours du transport de calades sur des chariots à roues caoutchoutés.

Dans tous les cas, l'électricité statique peut provoquer des accidents de ce genre avec tous les anesthésiques inflammables et notamment avec les mélanges éther-chloroforme-oxygène, éther-protoxyde d'azote, éther vinylique, éther divinylique, éthylène, triméthylène, narcylène, chlorure d'éthyle, etc. D'autres cas du même genre ont déjà été signalés dont un de Jordan avec un appareil qui avait déjà servi pour faire 12.000 anesthésies sans incident.

Pour prévenir les accidents de ce genre, il faut vérifier la conductibilité des appareils d'anesthésie, des tables, chaises et tous meubles de la salle d'opération, afin d'éviter la production de charge partielle. Toutes les pièces en caoutchouc (gants, réservoirs d'anesthésique, roues, etc.) doivent être en caoutchouc conducteur. Tout l'ameublement doit être mis en contact avec la terre par les conduites d'eau, de gaz ou de chauffage central.

P.-E. Morhardt.

F. Wuhrmann (Zurich). ***Action de l'insuline administrée par voie rectale au moyen de suppositoires, chez les diabétiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 35, 2 Septembre 1939, p. 787-789). — Après avoir rappelé le travail de Brahn et Langner W. expose qu'il a procédé, avec la même préparation que ces auteurs, à l'administration rectale d'insuline chez 14 diabétiques et 4 sujets sains. La détermination de la glycémie a été faite immédiatement avant et pendant une période parfois de 24 heures après l'administration du médicament. Les sujets continuaient à suivre en tout leur régime habituel. Au cours de ces recherches, il a été admis qu'une unité administrée sous forme de suppositoire est l'équivalent de 10 unités en injection.

Il a été ainsi constaté, par exemple, chez un sujet de 61 ans, atteint de diabète léger (au plus 23 *g.* de glucose dans l'urine de 24 heures avec 140 *g.* d'hydrates de carbone par jour), qu'avec un suppositoire de 20 unités et, plus encore, avec un suppositoire de 40 unités, on abaissait nettement la glycémie consécutive au petit déjeuner (35 *g.* d'hydrates de carbone) par rapport à ce qui était observé un jour sans insuline. La glycosurie également passait de 16 *g.* (0,8 pour 100) à 9 (0,5 pour 100) et à 6,3 *g.* (0,3 pour 100) sous l'influence de cette médication. Dans un autre cas analogue, mais un peu plus marqué, la réduction a été importante avec un suppositoire de 60 unités. Chez un jeune homme de 17 ans, un suppositoire de 80 unités a supprimé l'ascension de la glycémie alors que par ailleurs, 20 unités d'insuline ordinaire en injection sous-cutanée provoquaient une hypoglycémie importante.

En somme, l'étude de ces 14 cas a montré que la courbe glycémique de courte durée aussi bien que la courbe quotidienne étaient abaissées par cette méthode.

Chez les sujets sains, l'abaissement de la glycémie fut moins important que celui qui a été constaté par Brahn et Langner et on aurait l'impression que chez les diabétiques cet abaissement est plus considérable que chez les sujets sains. Dans tous les cas, l'administration par suppositoires permet de donner de l'insuline active sous une forme dosable et, de plus, on obtient ainsi une action prolongée pendant 7 ou 8 heures, c'est-à-dire en somme, un étalement de la courbe de la glycémie. De plus, les dangers d'hypoglycémie paraissent réduits. Il est préférable pour le malade de rester couché pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'administration du suppositoire. On évite ainsi un besoin gênant d'aller à la selle.

P.-E. Morhardt.

Jaroslav Pojer (Brünn). ***La signification de la vitamine C dans le traitement de la maladie d'Addison*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 39, 30 Septembre 1939, p. 872-874). — On sait que la vitamine C participe à la constitution des membranes intercellulaires et exerce ainsi une influence décisive sur la perméabilité, sur les phénomènes d'imbibition et sur les électrolytes des tissus. La cortine a des fonctions analogues et dans la maladie d'Addison, ces deux corps sont déficients, de sorte que l'administration de vitamine C peut aider la cortine à agir.

Dans deux observations (homme de 26 ans et jeune fille de 14 ans) présentant des symptômes de maladie d'Addison, il a pu être établi qu'il y avait déficit de vitamine C dans l'urine et que l'administration de vitamine C (1 *g.* par jour) eut des effets favorables. Elle fit passer le potassium du sang de 24,8 à 17,7 *g.* dans un cas et de 23,1 à 19,5 dans l'autre, contre 16 *g.* chiffre normal. En outre, on constata une diminution de l'hyperpigmentation et de l'adynamie.

P.-E. Morhardt.

R. Regamey (Berne). ***Les gangrènes gazeuses après injections médicamenteuses. Le pouvoir bactéricide trompeur de l'alcool*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 39, 30 Septembre 1939, p. 874-876). — Les gangrènes gazeuses consécutives à des injections médicamenteuses ne sont pas des accidents exceptionnels. On en a observé à plusieurs reprises dues au *B. perfringens* qui est extrêmement répandu et dont les spores résistent 3 heures dans l'eau bouillante et 15 minutes à 130°. Ces gangrènes s'observent chez des sujets présentant une prédisposition à la fois générale et locale. Parfois, on admet qu'il y a auto-infection. Mais surtout, on a trop grande confiance dans le pouvoir désinfectant de l'alcool.

Quand les téguments sont infectés (souillure excrémentielle ou urinaire, capable d'infecter l'aiguille au passage, macération, etc.), la désinfection à l'alcool est insuffisante. Les solutions injectables, par contre, ne révèlent qu'exceptionnellement la présence de bacilles. Quant aux instruments, il y a lieu de considérer que la simple ébullition est absolument insuffisante. Enfin, l'alcool est rarement stérile et, de plus, il n'est pas suffisamment antiseptique. Le *B. perfringens*, de même que le *B. œdematiens* et le *B. histolyticus* se développent dans un bouillon contenant 20 pour 100 d'alcool. L'alcool, il est vrai, doit être considéré comme un poison protoplasmatique violent pour les bactéries non sporulées. Pour agir, l'alcool doit compter 50 à 80 degrés suivant les espèces bactériennes.

Les spores d'aérobies sont connues pour survivre après des séjours prolongés, jusqu'à 20 ans, dans l'alcool. En fait, celles de *B. anthracis*, *B. mesentericus* et *B. subtilis* ont survécu un an dans l'alcool. Celles d'anaérobies (*B. perfringens*, *B. ovitoxicus*, *V. septicus*, *B. chauvoei*, *B. œdematiens*, *B hemolyticus*, *B. gigas*, *B. sordellii*, *B. histolyticus* et *B. tetani*) ont été jusqu'ici peu étudiées. Elles ont résisté 10 mois dans l'alcool à 10 pour 100; près de 5 mois dans l'alcool à 70° et près de 3 mois dans l'alcool à 90°. En somme, le pouvoir anaérobicide de l'alcool est proportionnel à la concentration mais extrêmement faible.

Dans les récipients en usage pour conserver les seringues stériles, on a constaté que les germes infectieux qui avaient été introduits étaient restés vivants au bout d'un mois.

P.-E. Morhardt.

HELVETICA MEDICA ACTA

(Bâle)

H. W. Hotz et **F. Lüthy**. ***Affections funiculaires en cas de sprue indigène. Communication d'un cas avec constatations anatomo-pathologiques*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **6**, n° 4, Août 1939, p. 415-426). — Les troubles des centres nerveux qui s'observent dans la sprue ne se distinguent pas de ceux de l'anémie de Biermer, sauf en ce qu'ils sont moins marqués: pour les trouver, il faut donc les chercher. H. et L. ont étudié à ce point de vue 26 malades de la clinique médicale de Zurich et ils ont constaté dans 3 cas, des troubles de la sensibilité (hypoesthésie pour le pinceau, difficulté de distinguer entre le chaud et le froid, etc.). Des troubles du goût ont été observés associés d'ailleurs à la glossite. Dans 8 cas, les réflexes superficiels abdominaux étaient supprimés plus ou moins complètement. Dans 7 cas, les réflexes achilléens présentaient une anomalie et dans 4 cas, il y avait Babinsky ou uni- ou bilatéral, etc...

Au total, dans 12 cas sur 23, il y avait des troubles neurologiques. Dans 3 de ces cas, il y avait exclusivement paresthésie. Sur un total de 64 cas publiés par divers auteurs (Thaysen, Hansen et v. Staa, Markoff) y compris ceux de H. et L., on trouve 10 fois des symptômes d'affection funiculaire. C'est là une proportion d'environ 15 pour 100 beaucoup plus faible que celle qui est observée dans l'anémie de Biermer (40 pour 100).

Néanmoins, ces faits paraissent intéressants au point de vue de la pathogénèse des affections funiculaires. Effectivement, dans la sprue, la résorption intestinale est très mauvaise de sorte que si cette affection nerveuse était une avitaminose, elle serait beaucoup plus fréquente dans la sprue que dans l'anémie pernicieuse.

Etant donné qu'on pourrait alors invoquer, pour expliquer ces complications nerveuses, l'existence d'une anomalie de la sécrétion gastrique, les recherches ont été poursuivies sur ce point par H. et L. qui ont ainsi constaté l'existence de certaines relations entre le comportement de la sécrétion gastrique et les troubles neurologiques. En cas d'affection funiculaire, il y a plus souvent achylie réfractaire à l'histamine. Il semble donc que l'insuffisance de sécrétion de HCl constitue une sorte d'indicateur d'une fonction spéciale de la muqueuse gastrique dont les troubles entraîneraient les lésions neurologiques.

Dans un cas concernant une femme de 76 ans, on a pu vérifier à l'autopsie l'atteinte de la moelle où il y avait démyélinisation de la partie interne du cordon de Goll et, à un moindre degré, du faisceau de Gowers. Dans la protubérance, le tronc cérébral, le cervelet et les hémisphères, on ne constatait rien de particulier en dehors d'une dégénérescence grasse des cellules ganglionnaires de l'écorce.

P.-E. Morhardt.

TEDAVI KLINIGI VE LABORATUARI DERGISI

(Istambul)

Resat Garan. ***L'action pharmacodynamique du véritol*** (*Tedavi klinigi ve laboratuari dergisi*, t. **8**, n° 32, p. 186-195). — Par sa constitution même, le véritol qui est une oxy-éphédrine sympathomimétique. Ses propriétés particulières : 1° action forte vasoconstrictive sur les veines; 2° action vaso-constrictive artérielle, plus faible que celle des autres substances de la même série : 3° action régulatrice et chronotrope sur le cœur (cette action étant en fonction inverse du bon état du cœur), en font une arme de choix dans les collapsus. Sous son influence, en effet, on voit la quantité de sang, qui vient de la périphérie pour aller au cœur, augmenter, en même temps que le volume sanguin lancé par le cœur dans les artères, sans que la pression veineuse soit modifiée. En outre, n'étant pas constricteur des capillaires, le véritol est rapidement absorbé par voie intra-musculaire.

Robert Coronel.



CYTO·SÉRUM_HEMO·CYTO·SÉRUM_CYTO·MANGANOL CORBIÈRE

MODE D'EMPLOI : *Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.*

LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

L. Babonneix. ***La chlorophylle en thérapeutique*** (*Gazette des Hôpitaux*, n° 72, 9 Septembre 1939, p. 1203). — Parmi les propriétés physiques et physico-chimiques de la chlorophylle extraite des végétaux, il faut tout particulièrement retenir son pouvoir d'absorption des rayons solaires qu'elle transforme en énergie chimique. Son étude chimique a mis en valeur sa parenté étroite avec l'hémoglobine, l'hémopyrrol établissant le passage entre le pigment du sang des vertébrés et celui des feuilles vertes ; de plus, la chlorophylle contient du magnésium.

Au point de vue physiologique, la quantité de chlorophylle absorbée par le tube digestif dépend de la forme sous laquelle elle est ingérée. Son étude pharmacodynamique a démontré son action complexe: elle augmente le tonus neuro-musculaire; elle constitue un cardiotonique puissant ; elle a un pouvoir excito-moteur des fibres lisses et détermine une augmentation de la sécrétion urinaire; enfin il faut mettre au premier plan son action stimulante sur les organes hématopoïétiques.

Ses applications thérapeutiques découlent de ce qui précède; elle est indiquée dans : les anémies, l'hypotension artérielle, les troubles de la croissance, où elle favorise l'action de l'actinothérapie, les infections et en particulier les infections coloniales, les tuberculoses, surtout ganglionnaires, l'avitaminose A, les convalescences des maladies aiguës, le cancer, où elle modifie heureusement l'anémie et l'asthénie et où elle diminue les douleurs.

Pour l'administrer, il ne faut pas employer les poudres de feuilles vertes, même stabilisées et préparées à froid, car elles sont inactives. On prescrira le pigment chlorophyllien pur en solution aqueuse, qui est stable et bien supporté.

ROBERT CLÉMENT.

R. Crosnier. ***La maladie de Parkinson traumatique*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **112**, nos 79-80, 4-7 Octobre 1939, p. 1281-1288). — 6 mois environ après une chute de bicyclette ayant déterminé un traumatisme sérieux de la région pariéto-temporale gauche sans fracture, avec surdité ayant duré 3 à 4 jours, un gendarme de 38 ans accusa une lourdeur du bras droit et un tremblement léger de la main, plus appréciable après fatigue ou effort. Les choses en restèrent là jusqu'à un deuxième accident survenu 4 ans plus tard. Presque aussitôt après ce deuxième traumatisme, on constata un tremblement spontané marqué du bras droit, puis dans la semaine suivante, une lourdeur et un tremblement plus discret de la jambe du même côté. Il s'agissait d'un hémiparkinson typique sans signes d'irritation pyramidale. L'absence de signes de syphilis ou de séquelles encéphalitiques fit conclure à un parkinson traumatique.

On a rapporté dans les antécédents de la maladie de Parkinson des traumatismes craniens, des membres, facial ou mixtes, voire répétés.

On suppose que le syndrome serait la conséquence de fines lésions hémorragiques des noyaux gris centraux. La détermination des lésions pourrait être facilitée par l'existence d'altérations artérielles antérieures par syphilis ou alcoolisme.

L'intervalle entre le traumatisme et le syndrome varie de quelques heures à quelques mois. Un intervalle trop court est en faveur de la possibilité de lésions latentes préexistantes.

Rien au point de vue clinique ne semble distinguer le parkinson traumatique des autres. Les troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité, les troubles psychiques et les signes oculaires ont été notés.

ROBERT CLÉMENT.

LE MÉDECIN D'USINE
(Paris)

A. Feil (Paris). ***Le diagnostic radiologique de la silicose*** (*Le Médecin d'usine*, an. 2, n° 5, Septembre 1939, p. 509 à 519). — Les images radiologiques de la silicose n'ont pas un caractère spécifique ; elles ne traduisent pas la présence de silice mais les réactions fibreuses qu'elle détermine dans les tissus. Suivant le degré de la silicose, on distingue trois aspects radiographiques qui correspondent aux trois stades de son évolution :

Premier stade: Augmentation des ombres hilaires et péribronchiques;

Deuxième stade: Image micro-nodulaire, aspect tacheté. Les champs pulmonaires sont mouchetés symétriquement de taches lenticulaires, denses, en grains de plomb, en tempête de neige, plus ou moins volumineuses, plus ou moins floconneuses.

Troisième stade : que caractérisent des ombres denses, massives, pseudo-tumorales.

Les images du premier stade sont trop communes pour permettre d'affirmer une silicose même débutante.

Les images *micronodulaires* sont généralement considérées comme spécifiques de la silicose; cependant elles se retrouvent dans d'autres affections pathologiques: la bronchiolite oblitérante, la leucémie à foyers miliaires, la syphilis (gommes très petites), le sarcoïde de Beck, la carcinose miliaire, la sclérose nodulaire et surtout la tuberculose (granulie). Le diagnostic entre la silicose et la tuberculose miliaire peut offrir de grandes difficultés. On se basera sur: l'aspect des taches; contour plus net, plus uniforme dans la silicose que dans la tuberculose.

Leur répartition dans le poumon: les lésions silicotiques sont généralisées et distribuées symétriquement dans les deux tiers inférieurs des deux poumons. Les sommets ne sont pas ou sont peu atteints.

L'évolution des deux affections: dans la silicose, l'image micronodulaire est fixée; elle ne se modifie pas, ou seulement après des années, par confluence des nodules. Dans la tuberculose, l'image est transitoire.

La radiographie permet, dans certains cas douteux, de reconnaître si une pneumoconiose silicotique est ou n'est pas compliquée de tuberculose. On soupçonnera l'association tuberculeuse lorsqu'on voit se développer progressivement des ombres diffuses d'un seul côté des poumons, et si le cœur normal ou même agrandi du silicotique se transforme en un petit cœur vertical, asthénique.

L'image *macronodulaire, pseudo-tumorale* traduit le plus généralement une lésion pneumoconiotique; toutefois on peut la rencontrer, de façon exceptionnelle, il est vrai, chez des tuberculeux n'ayant jamais travaillé dans les mines, n'ayant jamais été exposés aux poussières professionnelles. D'autres affections peuvent la déterminer : la syphilis par exemeple, les mycoses pulmonaires, le kyste hydatique du poumon, le cancer pulmonaire. Dans ce dernier cas, on se rappellera que les contours de l'ombre tumorale sont plus diffus, plus nettement détachés du médiastin dans la pneumoconiose que dans le cancer. On se basera aussi sur l'existence de lésions pneumoconiotiques dans l'autre poumon.

En résumé, qu'il s'agisse d'images lenticulaires, micro-nodulaires ou pseudo-tumorales, il serait imprudent d'affirmer la pneumoconiose silicotique au seul vu d'une radiographie. Il faut qu'à l'étude radiologique s'ajoutent la notion étiologique de la profession, l'examen clinique appuyé, s'il est nécessaire, par des épreuves de laboratoire (recherche des bacilles dans l'expectoration, réaction de Bordet-Wasserman, formule leucocytaire).

A. FEIL.

MAROC MÉDICAL

P. Remlinger et **A. Burnier** (Tanger). ***Action du vent d'est du détroit de Gibraltar sur les végétaux*** (*Maroc Médical*, t. **19**, n° 206, Août 1939, p. 281-286). — Chez les riverains du détroit de Gibraltar, le vent d'est provoque quelques troubles: énervement, insomnie, irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité, sensation d'oppression générale et thoracique, palpitations, céphalée migraineuse, diminution de la mémoire et de l'aptitude au travail intellectuel. Pendant ces mêmes périodes de vent d'est, les plantes cultivées, les plantes à feuillage tendre en particulier, se replient pour ainsi dire sur elles-mêmes et subissent un arrêt dans leur végétation. Les tiges s'inclinent vers le sol, les feuilles se rétrécissent, se flétrissent, se dessèchent et parfois roussissent. Les fleurs et plantes à feuillages colorés perdent leur éclat, spécialement les Bégonias, les Tradescantias, les Balsamines, les Dahlias, les Azalées, les Tulipes, etc. On constate même sur les pois un arrêt de la floraison.

Cependant, pas plus chez les plantes que chez l'homme, le vent d'est du détroit de Gibraltar ne doit être pris au tragique. Sauf pour quelques espèces spéciales, telles que les Orchidées, les Fougères, les Musas, les Seringas, on peut, en prenant des précautions appropriées, arriver à acclimater dans la région du Détroit la plupart des plantes des pays tempérés et du climat méditerranéen. Les lésions provoquées chez les végétaux sont accidentelles et ne passent pas à l'état chronique.

D'autre part, le vent d'est rend des services à l'agriculture en séchant, rapidement, les couches superficielles des terres détrempées par la pluie prolongée et en permettant ainsi le labour et les autres travaux aratoires. Il empêche égalment l'extension des maladies cryptogamiques que favorise un excès d'humidité. Il est un précieux auxiliaire pour le dépiquage et le vannage des céréales en favorisant la dessiccation indispensable à la bonne exécution de ces opérations.

ROBERT CLÉMENT.

LES LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS
PRÉSENTENT AU CORPS MÉDICAL

Une Nouvelle Thérapie Antinévritique

Naiodine + Vitamine B_1

NAIODINE
SURACTIVÉE
LOGEAIS

AMPOULES **A** : 10 cc.
INTRAMUSCULAIRES
Vitamine B_1 : 2 milligrammes
1 à 3 ampoules par jour

AMPOULES **B** : 10 cc.
INTRAVEINEUSES
Vitamine B_1 : 1 centigramme
1 à 2 ampoules par jour

TOUTES NÉVRITES, POLYNÉVRITES, ALGIES, ZONAS ET EN GÉNÉRAL TOUTES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL OU PÉRIPHÉRIQUE D'ORIGINE INFECTIEUSE OU TOXIQUE, RHUMATISMES INFECTIEUX

ISSY-LES MOULINEAUX — PARIS
MICHELET 07-50 et 51

O. V. P.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE
(Paris)

M. Baer (Suisse). — ***La sédation des douleurs consécutives à l'amygdalectomie, par les vitamines B_1 et C*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 7, Juillet 1939, 647-653). — La période post-opératoire des amygdalectomies est beaucoup plus désagréable que l'intervention elle-même. C'est pourquoi les analgésiques (particulièrement les succédanés de la morphine en suppositoires) sont indiqués pendant les quelques jours qui suivent l'opération. C'est, en effet, le lendemain de l'amygdalectomie que la douleur est à son maximum, pour diminuer ensuite graduellement. Parfois cependant, on voit survenir des douleurs tardives après plusieurs jours de bien-être relatif. Jouent un rôle dans l'apparition de ces douleurs tardives des facteurs rhumatismaux et surtout des troubles de l'économie des vitamines.

B. a démontré que les inflammations amygdaliennes sont régulièrement accompagnées d'un déficit en vitamine C. Il est probable qu'il y a de même une carence en vitamine B_1. Chez les amygdalectomisés, ces déficits sont accrus du fait de l'existence de la plaie opératoire et également du fait que l'alimentation est restreinte et se compose de mets très cuits, très pauvres en vitamines.

Or, l'hypovitaminose provoque des troubles cellulaires et neuro-vasculaires capables d'expliquer les retards de cicatrisation et les douleurs. La vitamine B_1 à elle seule possède des propriétés neurotropes importantes. Les publications ne manquent pas à ce sujet. On peut même rapprocher le rhumatisme des hypovitaminoses, nombreuses étant les affections à l'étiologie rhumatismale traitées avec succès par la vitamine B_1.

Ces considérations autorisent à conclure que la vitaminothérapie B_1 et C doit être d'un bon effet chez les amygdalectomisés.

B. n'utilise pas la voie buccale qui ne permet pas de donner une dose suffisante de vitamines. Celles-ci sont, en effet, en partie détruites par processus gastrique, en particulier la vitamine base B_1. Il faut utiliser les injections. On obtient généralement une rémission rapide des douleurs dès la première injection et souvent une seule suffit. Par ailleurs, le temps de cicatrisation semble se réduire notablement, en même temps que l'état général s'améliore plus rapidement.

J. Leroux-Robert.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

Fr. Tissot (Saint-Gervais). ***Que deviennent les enfants atteints d'érythème noueux?*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. 42, n° 10, Octobre 1939, p. 627-632). — T. étudie dans cet article les suites de l'érythème noueux en résumant 20 observations de cas qu'il a suivis personnellement.

Cette étude montre que la plupart de ces érythèmes noueux ont été compliqués de localisations tuberculeuses dans les mois qui ont suivi l'incident cutané. Ces localisations viscérales ont été graves dans 9 cas.

T. estime en conséquence que les manifestations viscérales tuberculeuses sont fréquentes à la suite de l'érythème noueux, et il considère qu'elles sont pour le moins aussi graves que les localisations tuberculeuses qui suivent les autres formes de primo-infection.

La conclusion qui s'impose de cette étude est qu'il convient de soumettre les sujets, atteints d'érythème noueux, à des précautions analogues à celles qui sont de mise pour les pleurétiques.

Tous les érythèmes noueux ne deviennent pas inévitablement des pleurétiques, et tous ne localisent pas d'une façon plus ou moins bruyante sur leur parenchyme l'atteinte du bacille de Koch, mais les faits rassemblés par T. montrent qu'il en est parmi eux une proportion élevée qui, à la suite de cet incident d'allure bénigne, entrent dans la tuberculose.

La cure préventoriale est, en conséquence, à conseiller aux sujets atteints d'érythème noueux, de même qu'aux convalescents de pleurésie. Elle diminue chez ces porteurs de « tuberculose bactériologique » le pourcentage des cas de « tuberculose maladie ».

G. Schreiber.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

A. Baudouin, H. Fischgold. ***Les phénomènes bio-électriques du système nerveux et leurs applications à la médecine*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 23, Juillet 1939, p. 296-303). — L'article que B. et F. consacrent à l'électro-encéphalogramme (E.E.G.) est un complément au rapport qu'ils avaient préparé pour le IVe Congrès des Médecins Electroradiologistes de Langue française (voir même périodique, n° 9, Septembre 1938). Si, à ce moment, l'épilepsie était la seule affection qui parût susceptible de tirer profit de l'électro-encéphalographie, on peut dire qu'aujourd'hui cette méthode est appelée à jouer un rôle important pour la *localisation des foyers lésionnels du cerveau*, d'un véritable intérêt pratique dans le cas des tumeurs cérébrales.

B. et F., se bornant ici à l'électro-encéphalographie des lésions localisées, ont divisé leur travail en trois parties.

La première partie est consacrée à la *technique* de l'E. E. G., qui, stabilisée désormais, nécessite l'application de certaines règles : sans insister sur les modèles d'électrodes utilisables, B. et F. par contre appellent l'attention sur leur mode de fixation qui doit être rapide et parfait, en vue de permettre l'exploration d'un grand nombre de zones. Deux méthodes s'opposent : *a*) la méthode de dérivation « monopolaire » qui, d'après Williams et Gibbs, a l'avantage de mieux conserver la forme et l'amplitude de la variation de potentiel ; *b*) la méthode de dérivation « bipolaire » qui, d'après ces auteurs, est plus susceptible de renseigner sur l'origine et la localisation d'un potentiel anormal. B. et F. décrivent l'appareillage nécessaire, à savoir : amplificateurs et oscillographes, et le dispositif particulier de « lit Faraday » destiné à examiner des malades couchés à l'abri des parasites électriques.

A la fin de ce chapitre, les auteurs signalent quelques-unes des multiples *causes d'erreur*, dues à des modifications dont l'origine n'est pas cérébrale, et qui peuvent provenir : *a*) du sujet, par exemple, du fait des muscles de voisinage générateurs d'électromyogrammes (de fréquence supérieure à celle de l'E.E.G.) ou des globes oculaires (du fait de la mobilité des paupières et du déplacement des globes) ; *b*) de l'appareillage ; c) de l'extérieur. « C'est au cours du travail que les perturbations apparaissent ; l'observateur doit être animé d'un véritable doute systématique et se méfier devant toute activité électrique anormale ».

Dans le deuxième chapitre, les auteurs envisagent *l'E.E.G. normal*. Grâce aux enregistrements multiples, ils sont arrivés à une conception complexe du fonctionnement électrique cérébral. L'E.E.G. ayant, suivant les régions, un caractère local et indépendant, *la notion d'E.E.G. local remplace d'une manière définitive celle d'E.E.G. global* ; « chaque territoire nerveux manifeste une activité propre, mais toutes ces activités sont plus ou moins coordonnées suivant le jeu du fonctionnement cérébral ».

On observe des *ondes* α *et* β. 1° Les ondes α, au rythme de 8 à 13 H, n'ont qu'une fréquence peu variable d'un sujet à l'autre, et très peu variable chez un même sujet ; elles manifestent une durée très constante. 2° Les ondes β, au contraire, sont très instables et leurs variations de fréquence sont très grandes, de 17 à 60 H. ; les rythmes β de territoires différents sont tout à fait indépendants les uns des autres.

B. et F. refusant d'appliquer la méthode qui leur paraît brutale de l'électrode-trocart de Grinker et Serota, pensent qu'il paraît difficile de différencier l'activité électrique de l'écorce de la base du cerveau, de celle des noyaux hypothalamiques.

B. et F. rappellent les travaux de Grass et Gibbs dont la technique constitue une première réalisation dans le domaine de l'analyse objective du tracé électroencéphalographique, et signalent que la signification de l'E.E.G. constitue encore une question pleine d'obscurité et d'incertitude, dont la solution restera difficile tant « qu'on n'aura pas réussi à étudier l'activité électrique d'un seul corps cellulaire neuronique à l'état isolé ».

Il semble que l'on puisse considérer les ondes α comme les « ondes de repos » des structures neuroniques, et les ondes β comme leurs « ondes d'activité ». B. et F. pensent que les rythmes très lents de 1 à 3 H. correspondent à des états d'inhibition du cortex (oscillations rares et lentes chez l'enfant nouveau-né à cortex insuffisamment développé, et dans l'état de narcose par exemple), et ont cru pouvoir poser la loi suivante : « *Les fréquences des ondes corticales vont croissant des états d'inhibition aux états d'activité, en passant par les états de repos physiologique* ».

Dans le troisième chapitre, B. et F. étudient *l'E.E.G. des altérations localisées du cerveau*. C'est l'électroencéphalographie multiple qui a permis d'envisager la localisation électrique des lésions cérébrales en clinique.

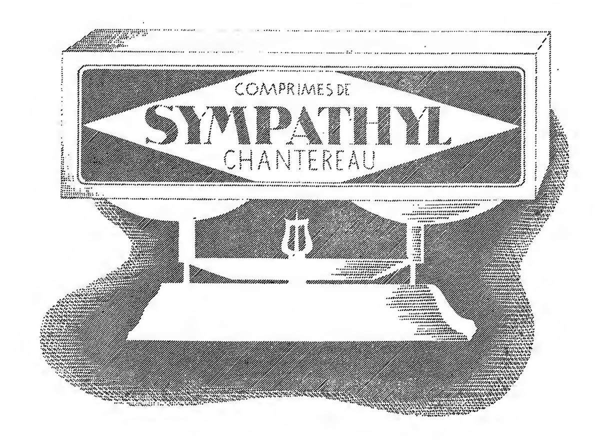
Ainsi, *au niveau d'une tumeur cérébrale, l'activité électrique est minime ou nulle* (Foerster et Altenburger), prouvant que « *l'activité électrique spontanée, quels que soient son rythme et son amplitude, a toujours pour substratum les cellules neuroniques de l'écorce* ».

Malheureusement ce « silence électrique », qui aurait pu constituer un signe clinique de valeur capitale, n'a d'intérêt que pour des néoformations superficielles très étendues ; dans les autres cas il est masqué par les ondes provenant des tissus péritumoraux.

Cependant les cellules conservées vivantes autour de l'écorce lésée donnent naissance à une activité électrique anormale facilement recueillie sur la surface du crâne (Grey Walter) par l'électrocorticogramme. Pour Walter, qui a constaté que, si le tissu tumoral est électriquement inactif, l'écorce qui entoure la tumeur émet des ondes qui se succèdent à un rythme très lent, inférieur à 5, « ondes δ », il y a là un indice de localisation, la « topographie électrique transcranienne étant superposable à la topographie électrique corticale ». B. et F. n'acceptent ce signe qu'avec réserve, un foyer localisé d'ondes δ pouvant théoriquement être aussi bien masqué qu'une zone de silence électrique.

Bien que comme à Williams et Gibbs il ait été donné à B. et F. d'observer ces ondes très lentes dans les cas les plus variés de lésions cérébrales, il restent convaincus de la difficulté de la localisation, de l'inconstance de la plupart des signes électriques (le ralentissement extrême du rythme leur paraissant le seul signe de réelle valeur) et de la difficulté de leur interprétation.

B. et F. considèrent comme un signe *d'inhibition corticale* la très basse fréquence du rythme cortical (inférieur à 8 H.) et lui ont donné le nom de *réaction d'inhibition* (R.I.). Celle-ci, pour B. et F., aurait dans l'électrodiagnostic de l'écorce cérébrale une signification analogue à celle de la réac-



Un bon équilibre
du système vago-sympathique
assure
une vie bien équilibrée

SYMPATHYL

3 à 8 comprimés par jour

FORMULE

Extrait spécial de cratægus	0,06
Phénylméthylmalonylurée	0,01
Extrait de boldo	0,01
Hexaméthylènetétramine	0,06
Peptone polyvalente	0,03

Laboratoire du
SYMPATHYL
INNOTHÉRA (ARCUEIL-PARIS)

MODE D'EMPLOI
3 à 8 comprimés
par jour, de préférence
avant les repas

tion de dégénérescence (RD) dans le domaine du neurone périphérique.

Trois éléments caractérisent la R.I. qui sera complète ou incomplète suivant que le premier d'entre eux est, ou non, accompagné de l'un des autres ou des deux : 1° le ralentissement du rythme au-dessous de 7 H, élément essentiel ; 2° l'exagération de l'amplitude (plusieurs centaines de microvolts ; 3° la forme particulière des oscillations.

Cette réaction complète ou incomplète est rarement permanente et peut se manifester avec un degré variable d'intermittence (intérêt des enregistrements prolongés); elle peut être plus ou moins généralisée ou locale.

B. et F. insistent enfin sur les réserves qui s'imposent quand on veut tirer des données électriques des conclusions de topographie lésionnelle.

MOREL-KAHN.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

G. M. Pickering. ***Observation expérimentale sur la céphalée*** (*British Medical Journal*, n° 4087, 6 Mai 1939, p. 907-912). — Il n'y a pas de symptôme plus banal et plus obscur que la céphalée. On sait maintenant, grâce aux neuro-chirurgiens, que le cerveau avec ses enveloppes pie-mère et arachnoïde est complètement insensible excepté au niveau de la scissure de Sylvius où circulent un grand nombre de vaisseaux. La dure-mère est également insensible, mais on peut provoquer la douleur à proximité des vaisseaux méningés, à cause sans doute des terminaisons nerveuses qui se trouvent dans leur tunique externe. Il en est de même pour la faux du cerveau et la tente du cervelet.

Les circonstances dans lesquelles on observe la céphalée sont multiples et on doit, de ce fait, envisager de nombreux mécanismes pour expliquer sa production.

Parmi ceux-ci la dépression et la compression des parois des artères et des sinus nerveux par l'intermédiaire de la baisse ou de l'excès de tension du liquide céphalo-rachidien semblent fournir une explication à un grand nombre de céphalées. Ces variations dans la tonicité des parois vasculaires peuvent survenir en dehors de toute modification du liquide céphalo-rachidien comme on peut l'observer expérimentalement après l'injection intraveineuse d'histamine qui s'accompagne toujours de céphalée.

La céphalée consécutive à la ponction lombaire est due à une diminution de pression du liquide céphalo-rachidien qui agit ainsi sur les parois vasculaires. Relevant du même mécanisme sans doute, est la céphalée des pyrexies, la migraine, la céphalée des méningites et des tumeurs intracraniennes. La céphalée, conséquence lointaine des traumatismes, serait due à des adhérences reliquat d'hématomes ou d'œdème.

ANDRÉ PLICHET.

Geoffrey F. Taylor et **C. D. Marshall Day**. ***Relation entre la vitamine D et les déficiences minérales dans la carie dentaire*** (*British Medical Journal*, n° 4087, 6 Mai 1939, p. 919-921). — Il résulte de cette étude faite dans un district du Punjab, dans l'Inde, que les enfants atteints de rachitisme grave, confirmé radiologiquement, ne sont atteints que très rarement de caries et d'hypoplasies dentaires. Le régime de ces enfants est nettement déficient en sels minéraux et en vitamine D. La fréquence de l'ostéomalacie et du rachitisme chez les femmes donne à penser que le régime de celles-ci pendant la grossesse et l'allaitement doit être également déficient en substances recalcifiantes.

Il semble que les maladies infectieuses infantiles, les maladies éruptives soient des causes plus importantes de caries et d'hypoplasie dentaires que la déficience en vitamine D et en sels minéraux.

ANDRÉ PLICHET.

Joan C. Drury et **A. F. Sladden**. ***Le liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure*** (*British Medical Journal*, n° 4105, 9 Septembre 1939, p. 557-558). — L'examen du liquide céphalo-rachidien donne des renseignements non négligeables pour le diagnostic de la poliomyélite, comme il résulte de cette analyse de 35 cas comprenant des poliomyélites d'intensité différente et 4 cas suspects où le diagnostic de cette affection ne fut pas confirmé.

Pratiquement un liquide complètement normal exclut le diagnostic de poliomyélite.

Une lymphocytose légère (en moyenne 50 cellules par millimètre cube) avec quelques polynucléaires se rencontrent toujours au début de la maladie. L'albuminorachie, légèrement augmentée au début, s'accroît progressivement. Le sucre et les chlorures restent à un taux normal. La réaction de Lange est souvent positive.

ANDRÉ PLICHET.

THE LANCET
(Londres)

Robin Pilcher. ***Thrombose post-opératoire et embolie*** (*The Lancet*, n° 6055, 16 Septembre 1939, p. 629-630). — En dix années, P. observa 261 cas de thrombose ou d'embolie se décomposant en 141 thromboses, 112 embolies et en 8 cas de sujets atteints de thromboses ou d'embolies mais chez lesquels la mort put être rattachée à une autre cause.

La mortalité totale due à une embolie fut de 28 pour 100 dont 21,6 pour 100 dès la première embolie. La mortalité totale due à la thrombose et à l'embolie ne fut que de 21 pour 100.

Dans les cas de thrombose diagnostiquée pendant la vie, il y a une prépondérance marquée pour le côté gauche (veine fémorale gauche) et cependant il semble que les thromboses du côté droit se compliquent davantage d'embolies.

ANDRÉ PLICHET.

Robin Fahraeus. ***L'action réciproque des globules rouges et du plasma. Les conséquences de sa diminution*** (*The Lancet*, n° 6055, 16 Septembre 1939, p. 630-635). — Les érythrocytes et le plasma sont séparés par ce qu'on a appelé le processus de stabilisation. Mais il peut survenir des changements dans cet état d'équilibre : formation de piles de globules, sphérocytose pour les érythrocytes ; formation de lyso-lécithine par une lécithinase sérique analogue à celle du venin de cobra pour le plasma.

Ces variations ont lieu dans la rate, tout au moins pour les érythrocytes qui peuvent rester sans plasma pendant longtemps dans les sinus de cet organe et probablement aussi pour le plasma.

Le sang circulant maintient ses propriétés grâce au fait que les changements dans l'état des globules rouges empêchent les modifications du plasma.

Cette action réciproque peut être diminuée non seulement dans la rate mais aussi dans le sang circulant. Elle se traduit alors par la disposition en piles des globules rouges, phénomène qui cause la sédimentation que l'on observe dans certaines maladies et dans la grossesse.

ANDRÉ PLICHET.

Daniel T. Davies et **A. T. Macbeth Wilson**. ***Les antécédents cliniques et personnels dans l'hématémèse et la perforation de l'estomac.*** (*The Lancet*, n° 6075, 20 Septembre 1939, p. 723-727). — Expérimentalement, l'excitation des régions sus-thalamiques et de leurs connexions nerveuses avec l'estomac produit des variations dans la motilité et la sécrétion de cet organe.

Cliniquement les émotions jouent un grand rôle non seulement dans l'étiologie de l'ulcère de l'estomac mais encore dans les symptômes cardinaux, l'hématémèse et la perforation.

C'est ainsi que dans une statistique de 75 cas d'hématémèse et perforations, D. et W. ont relevé dans les antécédents de 63 sujets des événements importants d'ordre émotionnel. Ces événements, augmentation de responsabilité, difficultés financières, maladies des proches, troubles familiaux, ont précédé de peu de jours l'accident.

Il est évident qu'un ulcère qui saigne ou se perfore est un ulcère en activité, mais dans la détermination rapide des hématémèses et des perforations, il faut faire une place à des facteurs d'ordre émotionnel.

ANDRÉ PLICHET.

EL DIA MEDICO
(Buenos Ayres)

J. Palaccio et **E. S. Mazzei**. ***L'atélectasie au cours du pneumothorax spontané*** (*El Dia Medico*, Juin 1939, n° 4, p. 49-50). — On peut, au cours d'un pneumothorax spontané, se trouver en présence d'atélectasies plus ou moins marquées. La bibliographie, sur ce sujet, est nettement embryonnaire et P. et M. pensent même que la relation des 4 cas personnels qu'ils ont observés constitue la première littérature sur ce thème. Voici en résumé ces 4 observatons:

Cas 1, 20 ans. Pneumothorax spontané total et complet à droite. Guérison en 1 mois. Un cliché radiographique fait lors de son entrée montre une opacité uniforme du hile selon la filiation atélectasique décrite par Sarno-Piaggio Blanco.

Cas 2, 26 ans. Pneumothorax spontané bénin à droite. Un cliché montre une atélectasie typique du lobe supérieur droit.

Cas 3, 24 ans. Pneumothorax spontané gauche. Atélectasie radiologiquement contrôlée de tout l'arbre bronchique gauche. Disparition en 17 jours.

Cas 4, 28 ans. Pneumothorax spontané à droite. Atélectasie totale à droite, radiologiquement et pleuroscopiquement contrôlée. Guérison en 20 jours.

P. et M. discutent ensuite la pathogénie de ces atélectasies. Tout d'abord les facteurs mécaniques; ce sont les obstructions intrinsèques, obstructions qui peuvent survenir sur des poumons sains; les autres causes mécaniques extrinsèques sont dues à une dislocation bonchique suivie d'obstruction de la lumière de la bronche par compression externe. Les autres facteurs de l'atélectasie sont d'origine nerveuse: contraction des muscles bronchopulmonaires par stimulus vagal constituant une sorte de systole pulmonaire vagale. L'innervation pleuro-pulmonaire est tellement riche que son irritation peut provoquer ces atélectasies. D'autre part, les travaux de Fontaine et Hermann, sur l'anatomie nerveuse pulmonaire, ont permis à ces auteurs de provoquer des atélectasies exprimentales massives par extirpation du ganglion étoilé ou de la chaîne sympathique voisine du ganglion cervical médian. Ces arguments, permettant d'attribuer à ces atélectasies une origine nerveuse, ne sont pas les seuls. Les modifications constatées, radiologiquement et manométriquement, par l'administration d'atropine, sont une preuve de plus à l'appui de l'origine nerveuse de l'atélectasie dans le pneumothorax.

ROBERT CORONEL.

LA REVISTA DE MEDICINA Y DE CENCIAS AFINES
(Buenos-Ayres)

G. Zorraquin. ***Métabolisme de l'eau et son importance en clinique chirurgicale*** (*La Revista de Medicina y de Ciencas Afines*. An. 1, n° 3, 30 Juillet 1939, p. 1-16). — Les milieux liquides intermédiaires constituent la base qui supporte les perturbations cliniques provoquées par la pathologie tout entière, y compris la pathologie traumatique et les déséquilibres chirurgicaux post-opératoires.

La clinique actuelle qui s'est occupée de ces ques-

EPHYDION

APAISE LA TOUX
LA PLUS REBELLE

RHUMES — GRIPPE
BRONCHITES — ASTHME
COQUELUCHE
TOUX DES TUBERCULEUX

COMPRIMÉS
5 COMPRIMÉS PAR JOUR
1 avant chaque repas
1 au coucher • 1 la nuit

GOUTTES
30 GOUTTES = 1 COMPRIMÉ
1 goutte par année d'âge
5 à 8 fois par jour.

FORMULE

Chlorhyd. d'Ephedrine natur.	0,006
Dionine	0,006
Belladone pulver.	0,008
Benzoate de Soude	0,080
Extrait de Grindelia	0,050
Teinture de Drosera	2 Gttes

pour 1 comprimé kératinisé
ou pour 30 gouttes

LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES

NEZ GORGE OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES

Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées

◆

Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe, MONTREUIL (Seine)

GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal interne et externe

Inhalations — Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO — Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE — Eau gomenolée

GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL
Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-Xe

DRAGÉES — Laboratoire des Produits SCIENTIA. 21. Rue Chaptal. Paris. 9e — GRANULÉS

PEPTALMINE
MAGNESIÉE

TROUBLES
HEPATO-BILIAIRES
COLITES

CHOLAGOGUE

INSUFFISANCE
HEPATIQUE
MIGRAINES

POSOLOGIE 2 CUILLERÉES A CAFÉ DE GRANULÉS OU 4 DRAGÉES UNE HEURE AVANT CHACUN DES 3 REPAS

tions a prouvé que pour remédier aux altérations du métabolisme de l'eau, l'usage de sérum à base d'eau distillée est indispensable. (L'eau simplement distillée est préférable à l'eau bidistillée qui fait perdre au liquide certaines de ses propriétés biologiques).

La technique endo-veineuse habituellement pratiquée n'est considérée par Z. que comme une technique d'urgence, une voie rapide d'introduction des sérums. Comme telle, elle est irremplaçable, mais dans les cas moins urgents, elle peut, et elle doit, être avantageusement remplacée par la voie d'introduction sous-cutanée ou par la voie rectale.

Précisant quelques détails de technique, particuliers au goutte à goutte sous la peau, Z. signale la négligence, coupable à son avis, qu'il y a à ne pas substituer à la verrerie fragile habituelle, des tubes de caoutchouc, principalement à l'heure actuelle dans le service de santé militaire.

Robert Coronel.

C. I. Allende et **P. Traverso.** ***Ostéomyélite chronique du sternum. Abcès médiastinal prépéricardique post-opératoire. Guérison*** (*La Revista de Medicina y de Ciencias Afines*, an. **1**, n° 3, 30 Juillet 1939, p. 34-42). — La localisation sternale de l'ostéomyélite est assez rare. C'est d'autre part un processus grave en raison notamment de l'infection médiastinale qui s'y greffe d'ordinaire. A. et T. ont eu l'occasion d'observer une femme de 29 ans porteuse depuis dix ans d'un processus fistulaire sternal latent depuis plusieurs années. Celui-ci a provoqué, il y a un mois, de légères tuméfactions symétriques dans les régions mammaires. Toute autre affection étant exclue à la suite d'examens clinique, radiologique et de laboratoire, on fait le diagnostic d'ostéomyélite chronique du sternum avec adénopathie pectorale satellite. L'opération confirme ce diagnostic. La brèche opératoire du sternum forme au moment de la cicatrisation une fistule. Ce qui oblige à opérer quatre mois plus tard. On se trouve alors en présence d'un abcès rétrosternochondrocostal prépéricardique qui n'existait pas au préalable. Celui-ci une fois drainé guérit complètement, ainsi que le processus ostéomyélitique initial.

Des clichés radiographiques montrent la cavité de l'abcès déjà en voie de cicatrisation. Un autre cliché montre dans la partie inférieure du corps sternal une solution de continuité avec pertes de substances. Le processus ostéomyélitique est guéri, et la brèche opératoire cicatrisée.

Robert Coronel.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Ayres)

L. Gravanot et **S. L. Bianchetti.** ***A propos de deux cas d'hépatite suppurée amibienne du lobe gauche du foie*** (*La Semana Medica*, an. **46**, n° 22, Juin 1939, p. 1260-1268). — G. et B. rapportent deux observations d'hépatite suppurée amibienne du lobe gauche du foie, qui pour n'avoir pas été diagnostiquées à temps, déterminèrent : chez le premier malade une péricardite sérohémorragique mortelle, et chez le second une effraction spontanée par ouverture de l'abcès dans une bronche.

G. et B. terminent par quelques considérations cliniques sur cette variété d'abcès amibiens hépatiques.

Robert Coronel.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

J. J. Short et **H. J. Johnson.** ***Influence d'un poids supérieur à la normale sur la pression sanguine de l'homme bien portant*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **198**, n° 2, Août 1939, p. 220-223). — Un poids exagéré est-il un facteur d'hypertension ? Pour élucider ce point, S. et J. ont noté la pression artérielle systolique et diastolique chez 2.858 sujets d'âge varié en bonne santé ayant un poids supérieur à la normale venant subir l'examen périodique de santé demandé par diverses compagnies d'assurances. 658 sujets de poids normal servirent de témoins. Ils ont considéré toute pression systolique atteignant 15 ou plus et toute pression disatolique de 9 ou plus comme un indice d'hypertension.

Chez le premier groupe de sujets le poids supérieur à la normale sembla exercer une influence sur la présence d'une hypertension, surtout en ce qui concerne la pression diastolique. Néanmoins la fréquence de l'hypertension dans ce groupe fut moindre en général qu'il n'a été noté par d'autres observateurs.

C'est dans la catégorie des sujets âgés de 50 à 60 ans que la différence des pressions artérielles moyennes fut la plus marquée.

P.-L. Marie.

E. L. Bauer. ***Nouvelles recherches sur le traitement de la chorée et de l'infection rhumatismale par la pyrétothérapie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **198**, n° 2, Août 1939, p. 224-228). — 70 cas de chorée ont été traités par la pyrétothérapie (diathermie chez 5 patients, injections intraveineuses de vaccin typhique chez les autres, à raison d'une injection quotidienne pendant 8 jours). Cette méthode a paru donner de bons résultats en général. Le danger de collapsus et de dilatation cardiaque n'existe pas si le traitement est appliqué avec discernement. B. pense que la chorée authentique chez les enfants a d'ordinaire une origine rhumatismale, ainsi qu'un examen soigneux permet de le constater. Aussi un traitement antirhumatismal (salicylate à forte dose) est-il nécessaire pour obtenir la guérison complète des malades.

La recherche de la vitesse de sédimentation des hématies est un guide précieux pour déterminer l'activité du processus rhumatismal ou sa sédation, qu'il s'agisse de rhumatisants choréiques ou non. Un chiffre ne dépassant pas 12 au bout de 2 heures indiquerait la période de sédation. Durant celle-ci le patient doit être surveillé de près et pendant longtemps, afin d'éviter les retours de l'infection rhumatismale ou de la chorée.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

E. Farrell, G. H. Lordi et **J. Vogel.** ***Un cas d'érythème polymorphe infectieux à Streptobacillus moniliformis (Fièvre de Haverhill, fièvre par morsure de rat)*** [*Archives of internal Medicine*, t. **64**, n° 1, Juillet 1939, p. 1-14]. — Ce cas d'érythème polymorphe infectieux à *Streptobacillus moniliformis*, le 14e publié, est survenu chez une femme de 40 ans, mordue 15 jours auparavant par un rat; 8 jours après cette morsure, s'étaient montrés un violent frisson, des douleurs dans les genoux et le cou-de-pied, accompagnées d'un rash à ce niveau, du malaise général et de la fièvre. Après une amélioration passagère les arthropathies atteignirent d'autres articulations, s'accompagnant de tuméfaction. La fièvre, d'abord élevée, disparut en 8 semaines. Les arthropathies durèrent pendant près de 2 mois, s'atténuant lentement pour présenter une reprise terminale à l'épaule et au genou. L'érythème, constitué par une éruption maculo-papuleuse et des pétéchies siégeant aux membres exclusivement, se produisant par poussées, s'effaça lentement. L'état général demeura étonnamment bon durant la maladie. A la sortie, 3 mois après le début, il ne subsistait plus qu'une arthropathie de l'épaule qui s'atténua ultérieurement.

A sept reprises l'hémoculture permit d'isoler le *Streptobacillus moniliformis* (*Haverhillia multiformis*), micro-organisme aérobie, fusiforme ou filamenteux, très polymorphe, Gram négatif, exigeant la présence de sérum pour se développer sur les milieux de culture.

Le salicylate se montra inefficace, de même que la sulfamide. Le thymol, à la dose d'un gramme par jour, recommandé dans l'actinomycose, a paru avoir une action douteuse.

Revue des cas antérieurement publiés.

P.-L. Marie.

J. M. Hayman, J. W. Martin et **M. Miller.** ***La fonction rénale et le nombre des glomérules du rein humain*** (*Archives of internal Medicine*, t. **64**, n° 1, Juillet 1939, p. 69-83). — Pour apprécier le déficit de la fonction rénale, H., M. et M. ont comparé les résultats de deux épreuves, celle de l'élimination de l'urée et celle du pouvoir de concentration, ainsi que l'élimination de la créatinine, avec l'aspect histologique du rein et spécialement avec le nombre des glomérules estimé selon la méthode de Kunkel après perfusion avec du citrate de fer ammoniacal et du ferrocyanure de potassium. Le rein normal de l'homme renferme en moyenne 1.250.000 glomérules.

Ils ont étudié 79 patients dont 19, indemnes d'affection rénale et de lésions histologiques, servirent de témoins. Les malades présentant un déficit de la fonction rénale comprenaient deux catégories : ceux atteints d'affection rénale chronique, inflammatoire ou vasculaire, mais sans infection aiguë; ceux atteints d'infections aiguës ou d'ictère avec occlusion, mais sans maladie rénale chronique. Les recherches ont été faites chez des sujets n'ayant ni œdèmes ni signes d'insuffisance cardiaque, donc uniquement chez des patients chez lesquels on ne pouvait attribuer le déficit de la fonction rénale à une diminution de la vascularisation du rein.

Dans la glomérulo-néphrite chronique et dans la sclérose rénale les taux d'élimination de l'urée et de la créatinine se sont montrés en rapport étroit avec le nombre des glomérules. Il existe une corrélation nette entre la densité maxima et le nombre des glomérules. La concentration maxima décroît avec la diminution du nombre de ces derniers, puis elle demeure fixe, en dépit d'une nouvelle diminution de nombre des glomérules. On constate que si le nombre des glomérules par rein est moindre que 700.000, la pression artérielle systolique est invariablement supérieure à 150 mm. Hg. Mais au-dessous de ce nombre de glomérules, on ne trouva pas de corrélation entre le nombre de glomérules injectables et le degré de l'hypertension.

Dans certains cas d'infections aiguës et d'ictère l'élimination et le pouvoir de concentration peuvent être tous deux nettement diminués malgré la conservation d'un nombre normal de glomérules ne présentant pas de lésions histologiques notables.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

L. Foshay et **O. Hagebusch.** ***L'histaminase dans le traitement de la maladie sérique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 23, 10 Juin 1939, p. 2398-2402). — L'histaminase est un enzyme, découvert par Best, qui inactive l'histamine. Récemment, Roth et Horton ont montré que l'administration par voie buccale de cet enzyme empêchait l'apparition d'œdème localisé chez les sujets hypersensibles au froid dont on trempait la main dans l'eau. Partant de cette

Granules de CATILLON

à 0.001 EXTRAIT TITRÉ de

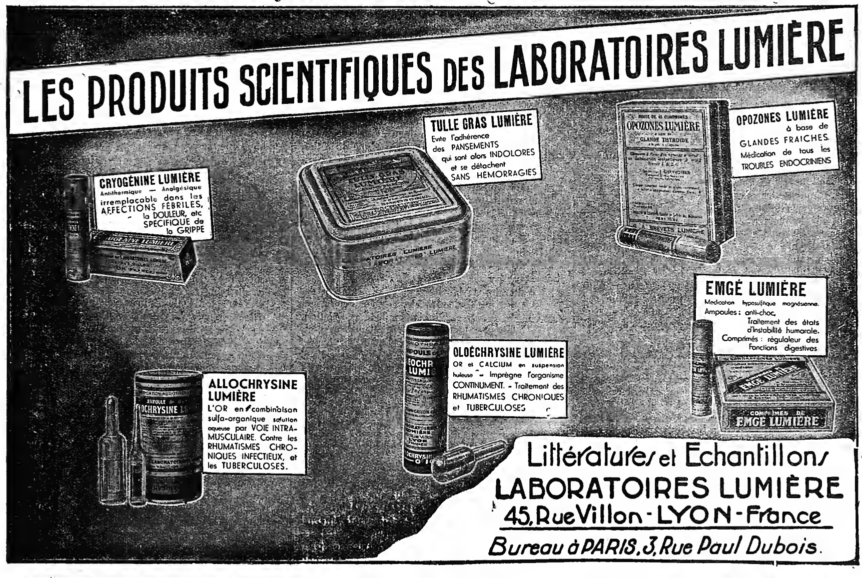
STROPHANTUS

TONIQUE du CŒUR DIURÉTIQUE

Effet immédiat — innocuité — ni intolérance ni vasoconstriction — on peut en faire un usage continu

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



2 PILULES GLUTINISÉES NOUVEAU CORPS IODÉ ORIGINAL CITRATÉ 2 à 3 FOIS PAR JOUR

IODOCITRANE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ARTÉRIO-SCLÉROSE

TROUBLES ARTÉRIELS ET VEINEUX

MALADIES DE LA CINQUANTAINE TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS

donnée, et aussi d'une hypothèse attribuant les accidents sériques à la libération d'histamine, F. et H. ont essayé de traiter 22 cas de maladies sériques graves par une préparation buccale d'histaminase, seule ou associée à une préparation injectable. Les résultats paraissent excellents, aucun échec n'ayant été observé dans les cas traités par la préparation injectable. Des essais de prévention des accidents sériques ont semblé également prometteurs, bien que les cas soient encore trop peu nombreux pour que l'on puisse affirmer qu'il ne s'agisse pas de coïncidence.

R. Rivoire.

W. Bromberg. ***Le Hashish : étude psychiatrique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 1, 1er Juillet 1939, p. 4-12). — Le Hashish, sous forme d'un produit de contrebande appelé marihuana, est depuis quelques années très utilisé en Amérique; il se fume dans des cigarettes spéciales. L'usage de ce stupéfiant est devenu un thème du théâtre et du film américains, et l'opinion populaire le rend responsable de nombreux crimes, viols ou suicides. B. a entrepris de vérifier l'influence de cette intoxication sur la criminalité, et conclut que cette influence paraît nulle, en tout cas très inférieure à sa réputation. Il s'agit d'une drogue qui ne crée pas d'accoutumance, qui ne donne aucun trouble lorsqu'on sèvre un intoxiqué, et qui ne donne de psychoses durables que chez des sujets prédisposés par un état mental déficient. Parmi les 66 cas étudiés par B., aucun des individus atteints n'avait commis de crime ni d'attentat délictueux. Il semble donc que cette drogue n'ait qu'une toxicité bénigne, et que son influence sur la criminalité soit négligeable.

R. Rivoire.

H. Mosenthal et **M. Mark.** ***L'usage prolongé de l'insuline-zinc-protamine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 1, 1er Juillet 1939, p. 17-22). — L'utilisation de l'insuline-zinc-protamine est maintenant suffisamment généralisée et le recul suffisant pour que l'on puisse se faire une idée précise de la valeur de ce médicament dans le traitement du diabète. M. et M. résument leur expérience portant sur 114 cas traités pendant plus de six mois. Parmi ces malades, plus de 60 pour 100 des cas ont été maintenus en excellent état de correction par une seule injection de protamine-zinc, alors que la plupart des autres ont nécessité un traitement simultané par la protamine-zinc et l'insuline ordinaire.

Le gros inconvénient de cette variété d'insuline est la fréquence des accidents hypoglycémiques, particulièrement au cours des exercices physiques violents: d'où la nécessité de ne jamais injecter plus de 40 unités en une fois, et de ne pas l'utiliser chez les sujets pratiquant des sports.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

S. R. Rosenthal et **D. Minard.** ***Recherches sur l'histamine considérée comme le médiateur chimique pour la douleur cutanée*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **70**, n° 4, Octobre 1939, p. 415-426). — Les résultats de ces recherches semblent indiquer que de l'histamine est libérée par la peau et la cornée en réponse aux excitations tant non traumatisantes que traumatisantes, qu'elle agit directement sur les terminaisons nerveuses sensitives et qu'elle peut bien être le médiateur chimique en ce qui concerne la douleur, comme l'acétylcholine et la sympathine le sont dans le cas du système nerveux autonome.

R. et M. prélèvent de minces tranches de peau, les fixent à l'extrémité d'un tube renfermant du liquide de Locke et, avant et après excitation, éprouvent le diffusat en présence d'une lanière d'intestin de cobaye, en utilisant la méthode de Dale. Ils opèrent de façon analogue avec la cornée, l'humeur aqueuse représentant alors le diffusat.

Ils ont vu que de l'histamine est libérée quand les couches superficielles de la peau sont excitées électriquement aux alentours du seuil d'excitation, bien qu'aucune lésion macroscopique ou microscopique du tissu ne soit constatable. On peut déceler une substance analogue à l'histamine dans la chambre antérieure de l'œil du lapin après stimulation électrique de la cornée, substance qui est libérée en quantité proportionnelle à l'intensité de l'excitation.

L'histamine injectée dans le derme ou appliquée sur la peau dénudée ou la cornée produit de la douleur. La substance libérée est très semblable à l'histamine, comme le montre son action sur l'intestin de cobaye, action qui n'est pas suspendue par l'addition d'atropine au bain dans lequel est plongé l'intestin, par sa thermo-stabilité, par sa neutralisation au moyen de l'histaminase, par la possibilité qu'elle possède de dialyser à travers les membranes de cellophane et par le fait que la thymoxyéthyldiéthylamine, qui semble être l'antagoniste spécifique de l'histamine, neutralise l'action des diffusats de la peau excitée et, quand elle est injectée sous la peau ou dans le rectum, abolit la douleur consécutive au pincement, à la piqûre et à la coupure et abaisse notablement le seuil électrique de la peau, sans affecter les troncs nerveux sensitifs somatiques.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Wilbur A. Ricketts. ***La carence de vitamines A pendant la grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **38**, n° 3, Septembre 1939, p. 484-488). — R. a été frappé par l'importance que joue la vitamine A au cours de la grossesse et par les troubles que déterminent sa carence ou sa non-utilisation par le tube digestif. Il s'est proposé d'étudier ces faits au moyen de la méthode proposée par Jeans en 1933.

[On sait que la vitamine A peut se doser dans le sérum par une méthode colorimétrique qui n'est pas très sensible et par une méthode biologique qui est longue et onéreuse. Etant donné que l'avitaminose A détermine de l'héméralopie, Jeans a proposé de déceler les formes frustes de cette maladie par l'appréciation de l'acuité visuelle en fonction de l'éclairement. Les détails de sa méthode pourront être trouvés dans le *Journal of the American medical Association*, tome 102, p. 892. D'autres techniques ont été proposées qui se fondent, non plus sur le minimum perceptible, mais sur la différenciation des couleurs en milieu obscur: on en trouvera un résumé dans l'excellent article de Offret, paru dans la *Revue Médicale Française* de Février 1938.]

R. a appliqué la méthode de Jeans à un certain nombre de femmes enceintes apartenant à un milieu aisé, et il a été frappé par la fréquence de l'avitaminose A fruste pendant la grossesse. Il en rapporte, en détail, deux observations particulièrement démonstratives où les femmes accusaient des symptômes dont on aurait pu rapporter certains à une toxémie gravide : vomissements, hémorragies, céphalées, sécheresse de la peau et des cheveux, cornée terne, faiblesse extrême, sans préjudice d'une certaine héméralopie. Ces femmes donnèrent un test très positif avec la méthode de Jeans; l'administration de fortes doses de carotène guérit imédiatement les troubles observés et ramena à la normale le résultat du test. (Ces constatations débordent le cadre des avitaminoses et posent à nouveau le problème des affections que nous nous obstinons à appeler toxémie gravidique.)

Henri Vignes.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

C. Sellei et **L. Mosonyi.** ***Sur les altérations hématologiques au cours des intoxications médicamenteuses aiguës*** (*Orvosi Hetilap*, t. **83**, n° 29, 22 Juillet 1939, p. 711-713). — Depuis 3 ans, S. et M. s'occupent de la question concernant le rôle de la vitamine C dans les différentes maladies infectieuses. Dans ce travail S. et M. résument les divers résultats obtenus, surtout au cours de la diphtérie toxique, de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Concernant ces recherches ils ont trouvé que dans la forme œdémateuse de la diphtérie maligne, l'administration suivie de la vitamine C a considérablement diminué la mortalité de cette maladie.

Dans la plupart des cas de fièvre typhoïde l'administration de cette vitamine a prévenu l'hémorragie intestinale. Dans ces deux maladies il a été possible d'obtenir ces résultats sans être arrivé à une saturation vitaminique de l'organisme. Par contre, dans la pneumonie lobaire pour obtenir un effet indiscutable il faut avoir une saturation complète. Il est ainsi indispensable dans toutes les maladies infectieuses aiguës graves que la nourriture de ces malades renferme une grande quantité de vitamine C. Mais la vitamine-thérapie n'est qu'un complément de la thérapie spécifique que nous devons suivre au cours de ces maladies.

A. Blazso.

F. Szirmai. ***L'utilisation de la vitamine C dans les maladies infectieuses*** (*Orvosi Hetilap*, t. **83**, n° 43, 28 Octobre 1939, p. 953-956). — La réaction du sang et de l'appareil de l'hématopoïèse, à l'influence des différentes actions exogènes, est très sensible. Les altérations du sang au cours des diverses infections sont bien connues, mais la qualité de ces troubles hématologiques, surtout son degré au cours des variations quantitatives des intoxications chimiques, ne sont que très peu analysés. Dans ce travail, S. a examiné les questions hématologiques des intoxications chimiques et il a trouvé que ces intoxications peuvent influencer l'hématopoïèse, mais elles ne provoquent une altération spécifique que dans les cas qui sont cliniquement moyennement graves. Dans les intoxications légères une excitation de la moelle osseuse ne peut être observée.

Les intoxications graves paralysent la moelle et c'est seulement après le déroulement du choc de la dose massive que cesse cette paralysie. A la cessation du choc, l'image hématologique devient semblable à celle observée dans les intoxications moyennement graves.

A. Blazso.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

G. Monasterio (Pise). ***Sur les anémies agastriques*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **29**, n° 5, Juin 1939, p. 409-472). — Les états anémiques sont fréquents chez les sujets qui ont subi une résection gastrique étendue; dans la statistique de M., 21 hommes sur 36, soit 58 pour 100, et 10 femmes sur 12, soit 91 pour 100, avaient un nombre d'hématies inférieur à 4.000.000; 4 hommes et 1 femme avaient moins de 3.000.000 (le chiffre le plus bas étant de 2.280.000), 5 hommes et 2 femmes avaient un chiffre compris entre 3.000.000



CYTO·SÉRUM_HEMO·CYTO·SÉRUM_CYTO·MANGANOL CORBIÈRE

MODE D'EMPLOI : Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.

LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

et 3.500.000, les autres avaient un chiffre compris entre 3.500.000 et 4.000.000. Ces états anémiques se présentent sous des aspects assez variés; aussi vaut-il mieux parler avec Leroux et Vermès d'anémies agastriques que d'anémie agastrique, comme le faisait Moravitz. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une anémie arégénérative normochrome, normocytique, avec souvent une diminution des résistances globulaires moyenne et minima sans signes d'hyperhémolyse; cette anémie dépend d'un trouble de l'hématopoïèse: parfois, la moelle rouge est en hypoplasie; en général, il y a seulement un ralentissement de l'hématopoïèse que traduisent des troubles plus ou moins nets de la maturation des hématies (granulobasophilie, anomalies nucléaires et protoplasmiques). Les modifications de la moelle osseuse peuvent être constatées chez des opérés qui n'ont pas de diminution du nombre des hématies.

L'anémie hypochrome microcytique est plus rare que la forme précédente; les quelques cas que M. a observés ne diffèrent des autres que par une légère diminution de la valeur globulaire et ne peuvent pas être considérés comme des exemples d'une anémie hypochrome vraie; dans un seul cas, M. a trouvé une microcytose nette mais avec valeur globulaire normale. L'anémie biermérienne est exceptionelle chez les sujets ayant subi une résection gastrique, mais on note parfois isolément l'hyperchromie, la macrocytose, l'hyperhémolyse ou la mégaloblastose médullaire.

Dans la pathogénie de ces états anémiques, on ne peut invoquer des troubles digestifs consécutifs à la résection, car ces troubles manquent presque toujours. Ces états différant de l'anémie biermérienne, on ne peut les attribuer à un défaut du principe de Castle; il est possible que le défaut de ce principe ait un rôle d'appoint dans certains cas, comme dans ceux où il y a une mégaloblastose médullaire, mais il faut faire intervenir la carence d'une ou de plusieurs substances réglant la maturation des érythroblastes; quant au rôle de la carence en fer, il paraît peu important puisque l'hypochromie est très rare.

Lucien Rouquès.

FOLIA MEDICA
(Naples)

D. Rodino (Naples). ***Le rapport plasma-globules et le volume du sang circulant au cours des ulcères gastro-duodénaux. (Contribution à l'étude de l'hyperglobulie des ulcéreux.)*** [*Folia medica*, t. **25**, n° 13, 15 Juillet 1939, p. 741-758]. — Chez 92 malades présentant un ulcère duodénal, R. a trouvé une hyperglobulie dépassant 5.500.000 dans 22,8 pour 100 des cas et un nombre de globules dépassant 5.000.000 dans 38 pour 100; dans 17 cas d'ulcère gastrique, les pourcentages correspondants ont été 10,7 et 41,1; dans 6 cas d'ulcère peptique post-opératoire, 33,3 et 50. Chez 20 malades atteints d'ulcère duodénal, R. a déterminé la masse sanguine par la méthode du rouge Congo et la masse globulaire avec l'hématocrite. Dans la plupart de ces cas, les masses sanguine et globulaire étaient augmentées, ce qui indique qu'il s'agissait d'hyperglobulie réelle. Ayant fait comparativement des dosages de l'acidité gastrique et des numérations globulaires, R. a noté que l'hyperglobulie et l'hyperacidité allaient sensiblement de pair: il est donc possible qu'il y ait chez les ulcéreux une surproduction du principe de Castle et que cette surproduction soit la cause de l'hyperglobulie.

Lucien Rouquès.

A. Fortunato (Naples). ***Altérations histologiques des glandes à sécrétion interne produites par l'accélération centrifuge*** (*Folia medica*, t. **15**, n° 14, 30 Juillet 1939, p. 759-774). — On sait qu'aux vitesses considérables réalisées par les avions, les pilotes présentent une série de troubles; une partie de ces troubles dépendent d'une accélération excessive, comme le phénomène de la vision noire; F. a soumis des cobayes à des accélérations brutales au moyen d'un appareil tournant et a recherché les altérations éventuelles de leurs organes; il a trouvé, lorsque la force centrifuge s'exerçait de la tête aux pieds, une anémie intense de certains organes abdominaux (intestin, pancréas, surrénales) et une congestion d'autres comme le foie et les reins; les poumons présentaient des phénomènes d'atélectasie suivis chez les animaux sacrifiés tardivement de lésions productives (prolifération des éléments endothéliaux alvéolaires). Chez les cobayes soumis à une force centrifuge agissant des pieds vers la tête, les mêmes lésions existaient, mais plus intenses et plus diffuses que chez les précédents; on constatait en outre une hyperémie intense avec hémorragies dans l'hypophyse et le corps thyroïde. Chez les cobayes ayant subi à de nombreuses reprises une accélération agissant des pieds vers la tête et sacrifiés après plusieurs semaines, le corps thyroïde avait pris un aspect basedowien.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

Beluffi (Pavie). ***Le tableau radiologique de l'iléite terminale*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, n° 30, 23 Juillet 1939, p. 707-713). — Pour B. il est possible au moyen des rayons X de surprendre les premiers stades de l'iléite terminale et il insiste particulièrement sur le cas d'une jeune fille de 18 ans souffrant de légères douleurs dans la fosse iliaque droite et dont la muqueuse avait l'aspect de flocons de neige sur ses derniers centimètres.

Une belle reproduction existe dans ce travail sur le « string sign » caractéristique de la phase fibro-sténosique de l'iléite terminale.

Olivieri.

B. Boggian (Lendinara). ***Le traitement médical de l'ulcère gastro-duodénal, avec considérations spéciales sur l'emploi de la folliculine et de l'acide ascorbique*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. 60, n° 36, 3 Septembre 1939, 839-848). — B. a traité 15 sujets atteints d'ulcère gastrique ou duodénal par des injections intramusculaires tous les 3 jours de 10.000 unités de folliculine en solution huileuse (10 à 20); il leur faisait aussi soit des injections de 100 mg. d'acide ascorbique (13 à 30, tous les 3 jours), soit des injections intramusculaires de 0 g. 75 de benzoate de soude (20 à 40, tous les jours en général); certains malades furent traités simultanément par les trois médications; les malades avaient une alimentation normale et devaient seulement éviter les aliments acides et le café. Les résultats après une période d'observation allant de plusieurs mois à deux ans, ont été les suivants: sur 13 cas d'ulcère duodénal, 8 guérisons et 5 améliorations, sur 2 cas d'ulcère gastrique, 2 guérisons. B. pense que la folliculine mérite une place d'honneur pour ses propriétés cicatrisantes dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux; le benzoate de soude et l'acide ascorbique sont également à retenir, mais ces trois médicaments agissent plus efficacement lorsqu'ils sont associés que lorsqu'on les emploie isolément.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

G. P. Cucco (Turin). ***Maladie de Léo Burger avec phénomènes de gangrène traitée par splanchnectomie avec guérison se maintenant après plusieurs années*** (*La Riforma Medica*, t. **55**, n° 27, 8 Juillet 1939, p. 1029-1032). — Un homme de 41 ans, grand fumeur, non israélite, ressent, à l'âge de 37 ans, des douleurs au niveau du pied gauche qui deviennent vite très pénibles; après un an, pendant lequel divers traitements médicaux sont effectués sans succès, une ulcération gangréneuse apparaît sur le gros orteil; la cyanose est étendue; le pouls manque même au pli inguinal; aucune oscillation n'est décelée au mollet. On pratique une splanchnectomie gauche, bien supportée malgré quelques complications pulmonaires. Au bout de quelques jours, l'amélioration subjective et objective est déjà nette et l'ulcération, dont rien n'avait pu arrêter la progression, commence à se cicatriser avec rapidité; 15 jours après l'opération, l'ulcération est guérie, le pied est moins froid, les douleurs ont presque totalement disparu, mais les oscillations restent abolies; après une cure thermale, la claudication intermittente disparaît et la marche redevient facile; le malade est revu 2 ans 1/2 après l'opération, la guérison se maintient complète et si le pouls reste nul, de faibles oscillations existent à nouveau; à noter que le malade a cessé de fumer.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

Arturo Pacifico. ***Erreurs, doutes et certitudes sur les variations de la pression rachidienne consécutives à la ponction lombaire*** (*Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, vol. **5**, Août 1939, p. 131-139). — Les troubles consécutifs à la ponction lombaire ont été mis tour à tour sur le compte de variations tensionnelles opposées, l'hypotension et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

P. a insisté déjà sur le fait, que ces variations tensionnelles passent chez tous les sujets par les mêmes phases, avec des variations de durée et d'intensité différentes suivant les sujets: 1° d'abord une hypertension du liquide qui rapidement dépasse la tension initiale, suivie d'une hypotension plus ou moins rapide qui apparaît de 6 à 24 heures après la ponction. Chez les sujets présentant des troubles consécutifs à la ponction, ces réactions hypertensives puis hypotensives du liquide sont plus marquées que chez les autres sujets.

Par l'examen de faits nouveaux, et l'interprétation de faits antérieurs, P. montre que les troubles subjectifs consécutifs à la rachicentèse sont la conséquence, non de l'hypertension liquidienne comme on a pu le croire, mais de l'hypotension céphalo-rachidienne.

C'est ainsi que la céphalée et les autres troubles sont calmés par la position horizontale, par l'injection de solutions hypotoniques, par l'acécholine et l'ergotamine qui déterminent également une vaso-dilatation cérébrale, ainsi que par l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, par la théolermine, et par la pilocarpine qui provoque une hypersécrétion des plexus choroïdes.

Tous les facteurs qui élèvent la tension liquidienne en un mot, comme les injections sous-arachnoïdiennes et épidurales, ou encore l'injection de quantités importantes de sérum physiologique, et la compression abdominale prolongée, améliorent les troubles consécutifs à la ponction lombaire.

H. Schaeffer.

FUKUOKA ACTA MEDICA
(Fukuoka)

Yasukoti et **Mukasa.** ***Traitement de la schizophrénie par l'électrochoc.*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. 32, n° 8, Août 1939). — Le courant électrique est utilisé pour remplacer le cardiazol, dans le but de déterminer des crises convulsives.

Y. et M. ont construit un appareil électrique des-

IPÉCOPAN

Sédatif fort efficace de la Toux — Expectorant

Association des alcaloïdes actifs de l'ipécacuanha et des alcaloïdes actifs de l'opium, à l'état pur et en proportion constante.

INDICATIONS . . . . . Affections respiratoires, Grippe, Bronchites, Trachéo-bronchite, etc. TOUX et TOUX QUINTEUSE.

Ipécopan GOUTTES. Adultes : XXX gouttes, 2 à 4 fois par jour.
Enfants : 1 goutte par année d'âge, 3 fois par jour.

N'EST PAS AU TABLEAU B

Ipécopan SIROP. Adultes : 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.
Enfants : 1/2 à 3 cuillerées à café par jour, selon l'âge.

NE DOIT PAS ÊTRE PRIS A JEUN

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVII°) — B. JOYEUX, Docteur en pharmacie.

T-P T-P T-P T-P T-P T-P

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
ET DU SYSTÈME VEINEUX

SÉDATIF UTÉRO-OVARIEN

APHLOÏNE
TROUETTE-PERRET

Aphloïa - Hamamelis - Hydrastis - Piscidia - Viburnum

2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas

Littérature et Echantillons : Laboratoires CONDOU & LEFORT, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XI°)

T-P T-P T-P T-P T-P T-P

ANÉMIE – HÉMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE

1 à 3 AMPOULES BUVABLES de

GASTRHÉMA

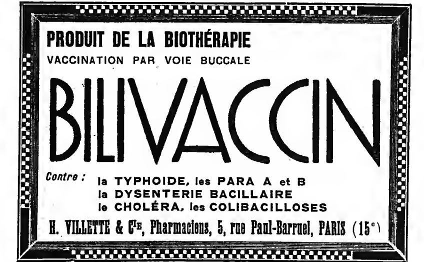
MÉTHODE DE CASTLE - Extrait hydrosoluble d'Antre Pylorique de Porc

10 gr. d'extrait = 600 gr. d'estomac frais.

Échantillons sur demande de { GASTRHÉMA, FRÉNASMA, NÉOSULFA

Le GASTRHÉMA est admis par les Assurances Sociales et l'Assistance Publique

Laboratoire du GASTRHÉMA, NEUILLY-SUR-EURE (Orne).



tiné à régler l'intensité de l'excitation. La source est d'habitude le courant destiné à l'éclairage (110 volts), dont l'intensité est modifiée par un transformateur.

Les 2 électrodes sont d'habitude placées chacune sur une des zones motrices, mais on peut en mettre une sur une zone motrice et l'autre soit sur la face, soit sur le membre supérieur. Toutefois la première technique est préférable, car il y a avantage à éloigner autant que possible le cœur du circuit du courant.

Pour diminuer la résistance on emploie des électrodes recouvertes de ouate et de gaze, et imbibées d'eau salée.

La durée de passage du courant, compte tenu des susceptibilités individuelles, avec le courant de 70 à 110 volts, sera de 1 à 5 secondes. On obtient ainsi une crise épileptique typique.

Le cœur est peu influencé, et simplement un peu ralenti.

L'avantage de cette méthode sur la cardiazolthérapie est l'absence de l'aura désagréable qui rend parfois la continuation du traitement avec le cardiazol difficile, l'absence plus rare d'excitation, de nausée ou de vomissement après la crise. Enfin cette méthode est peu onéreuse, et permet de répéter les crises à volonté.

Les résultats de Y. et de M. sont trop récents pour en tirer des déductions thérapeutiques. Signalons toutefois que sur 18 schizophrénies, il y eut 3 rémissions complètes, 4 bonnes rémissions, 3 cas améliorés, et 8 cas non modifiés.

H. Schaeffer.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

(Bucarest)

H. B. G. Breijer, G. O. E. Lignac et **W. L. C. Veer.** ***A propos des liserés plombo-bismuthiques et bismuthiques chez les Indonésiens et leur identification histiochimique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 42, 21 Octobre 1939, p. 5041-5048). — Des pseudo-liserés (liseré mélanique) sont fréquemment observés chez les Javanais et chez les Madourais. Le diagnostic différentiel entre ces liserés et les liserés saturniens est fondé sur le fait que les premiers s'étendent à la face labiale et buccale de la gencive, tandis que les seconds se voient surtout sur la face palatine et linguale des gencives en formant une espèce de colerette autour des dents.

B., L. et V. donnent l'observation d'un Madourais de 39 ans qui, 3 mois après avoir été soigné pour la syphilis par le néosalvarsan (au total 5,10 *g.*) et par le bismuth (6 *g.*), présente une poussée passagère d'ictère par cholécystite. Cette affection guérit, mais 3 semaines plus tard, on constate au cours d'un nouvel examen que les couronnes des incisives inférieures étaient faites d'un métal blanc qui, d'après le malade, était de l'argent. A la mâchoire supérieure, il y avait une prothèse en or recouvrant des incisives dont les racines n'avaient pas été enlevées. Autour de ces chicots, les gencives présentaient une teinte bleu noir sur une largeur d'environ 1 *mm.* A la lumière de Wood, on pouvait constater que la partie rose des gencives ne réfléchissait aucune lumière ultraviolette, ce qui obligeait à conclure à l'absence d'ultramélanine et, par conséquent, de mélanine. On pouvait, par contre, songer à un liseré d'argent du fait des couronnes d'argent ou à un liseré bismuthique du fait du traitement antisyphilitique. Une biopsie montra dans les gencives la présence nette de plomb et en plus petite quantité, de bismuth, tandis que l'argent était absent. Il s'agissait donc de saturnisme et à un moindre degré de bismuthisme. Ce saturnisme fut rattaché à la présence, sous la peau, au voisinage de la 12e côte droite et du coude droit, d'aiguilles prétendues d'or, que les Indonésiens ont l'habitude de se faire implanter sous la peau et qui sont, en réalité, comme une analyse d'autres aiguilles l'a démontré, constituées souvent par du cuivre jaune et, d'autres fois, par du plomb.

Des recherches poursuivies chez d'autres Indonésiens et chez un Chinois qui avaient été soumis à un traitement bismuthique montrèrent, dans 3 cas, l'existence d'un liseré. A l'examen histiochimique, ces liserés étaient dus à du bismuth, dans 2 cas, et à la mélanine dans un dernier cas.

En somme, pour différencier ces diverses pigmentations, il est nécessaire de procéder à un examen chimique très approfondi dont la description est donnée.

P.-E. Morhardt.

ROMANIA MEDICALA

(Bucarest)

P. Cignolini. ***Rœntgenthérapie de la maladie de Hand-Schüller-Christian*** (*Radiologia Medica*, t. 26, Septembre 1939, p. 826-837). — C. expose en premier lieu les considérations générales et les principales théories étio-pathogéniques qu'a soulevées la maladie de Hand-Schüller-Christian et auxquelles se rattachent les mulltiples dénominations qui lui sont attribuées.

C. rapporte les résultats heureux, persistant après plus de 10 ans, qu'il a obtenus dans un cas de cette affection traité par la rœntgenthérapie : Garçonnet de 11 ans, vu en 1927 à l'occasion de troubles du maxillaire se traduisant par expulsions dentaires spontanées. L'examen radiologique du squelette, chez cet enfant atteint de diabète insipide, révéla l'existence de lésions multiples. C. se proposa de traiter ce petit malade par la rœntgenthérapie en tenant compte des données pathogéniques, et, évitant avec soin d'irradier la région hypophyso-infundibulaire, il prit soin de n'irradier que les foyers de destruction osseuse en laissant en dehors de toute irradiation tous les organes pouvant avoir une action neuro-endocrinienne, et cela en vue : 1° de mettre en évidence la destruction par la rœntgenthérapie, des foyers ostéolytiques avec reconstruction osseuse ultérieure ; 2° de mettre en valeur l'action générale, d'intérêt capital, secondaire à la destruction de ces foyers, comme par exemple sur la polyurie qui diminue. Ce fut là le premier cas de maladie de Hand-Schüller-Christian *traité par irradiation des foyers osseux* et guéri, cette guérison se maintenant plus de 10 ans après le traitement ainsi qu'il résulte des examens clinique et radiologique.

C. pense qu'il y a là une technique d'irradiation qu'il conviendrait sans doute d'essayer, en dehors du diabète insipide, dans les cholestérinoses et il insiste sur la place très importante que prend le squelette dans les différents échanges des systèmes organiques.

Morel-Kahn.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

E. Meulengracht (Copenhague). ***Ostéomalacie du rachis provenant d'un régime carencé ou d'une maladie du tube digestif. Ostéomalacie achylique; ostéomalacie par abus des laxatifs*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 101, nos 2-3, 27 Août 1939, p. 138-210). — M. relate une série de cas d'ostéomalacie, vraisemblablement causés par un régime carencé ou par une maladie du tube digestif. Les altérations étaient principalement localisées au niveau du rachis. Les symptômes subjectifs consistaient en douleurs lombaires et dorsales, se produisant parfois sous formes d'accès aigus (fractures spontanées).

A l'examen physique, on constatait le plus souvent un affaissement du dos, quelquefois associé à de la cyphose. Souvent il existait une diminution notable de la hauteur du corps. Radiologiquement, il y avait un déficit du calcium du squelette, plus accusé au niveau du rachis. Les vertèbres étaient rétrécies, excavées par une double concavité ou plus irrégulièrement déformées. Dans maints cas la radiographie révéla une ostéoarthrose secondaire des apophyses épineuses lombaires (maladie de Baastrup), due à l'affaiblissement et au raccourcissement de la colonne lombaire.

Dans un certain nombre de cas les lésions étaient vraisemblablement le résultat d'un régime défectueux, pauvre en calcium et en vitamine D. Dans d'autres cas on pouvait invoquer une affection digestive, parfois l'achylie gastrique ; chez d'autres malades l'abus des purgatifs, entraînant un trouble des processus d'absorption, avait contribué à l'ostéomalacie ou était la principale cause de cette dernière. Les appellations d'ostéomalacie achylique et d'ostéomalacie par abus des purgatifs conviennent bien à ces derniers cas.

Le traitement par les sels de calcium et la vitamine D s'est montré efficace, la douleur et l'invalidité ayant disparu ou ayant été améliorées dans la plupart des cas.

P.-L. Marie.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

Olof Haglind (Lund). ***Péritonite à pneumocoques chez l'enfant*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. 82, fasc. 6, Août 1939). — De 1919 à 1934, 77 enfants de moins de 16 ans furent traités pour péritonite à pneumocoques, dans divers hôpitaux suédois. La plupart avaient de 6 à 10 ans ; 92 pour 100, étaient des filles.

Exceptionnellement, la péritonite survient comme complication d'une autre localisation pneumococcique.

On a noté souvent : de la diarrhée, une fièvre élevée dès le début de la maladie, un état général grave.

La mortalité a été de 66 pour 100. L'opération, au stade aigu, est plutôt néfaste.

Dans 2/3 des cas, il s'agissait de pneumocoque I ; ce qui n'est pas sans intérêt du point de vue d'un traitement possible par la sérothérapie.

Métivet.

G. Levander (Köping). ***Sur la faculté de régénération osseuse du périoste*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. 83, n° 1-2, 16 Octobre 1939, p. 1-25). — Les expériences poursuivies pour mettre en évidence le pouvoir ostéogénétique du périoste par transplantation de celui-ci dans les parties molles, ont donné des résultats variables. La cause de la divergence des résultats doit être recherchée dans l'âge des animaux en expérience. La greffe périostée ne forme de l'os que sur les animaux jeunes dont le squelette est dans la période de croissance.

L. s'est livré à une série de recherches sur le lapin. Il a pratiqué la transplantation du périoste seul chez des animaux adultes et jeunes : 9 autogreffes chez les adultes, 14 auto- ou homogreffes chez des animaux en période de croissance ; et la transplantation d'un cylindre osseux auquel adhérait du périoste (16 auto- ou homogreffes). Le greffon placé dans le tissu cellulaire sous-cutané, a été examiné peu après l'opération.

Chez les animaux adultes, on n'a obtenu aucune néoformation d'os. L'irritation (traumatisme ou infection) ne permettrait pas au périoste adulte de récupérer sa fonction ostéogénétique.

Chez les animaux jeunes, la transplantation isolée du périoste donne une production d'os dans 33 pour 100 des homogreffes et dans 25 pour 100 des autogreffes. Le matériel cellulaire transplanté meurt dans le nouveau milieu ; l'os se forme aux

Duna-Phorine

NOUVEAUX SELS ORGANIQUES DE MORPHINE

qui seuls permettent :

1° De régler, selon le but poursuivi, la vitesse d'apport de la morphine à l'élément nerveux;
2° D'utiliser pleinement les propriétés de l'alcaloïde, par conséquent d'en diminuer les doses;
3° D'éviter la majeure partie des actions préliminaires ou secondaires indésirables :: :: :: ::

AMPOULES à 1 °/° et 2 °/° (tableau B).

Duna-Phorine rapide
Duna-Phorine lente
Duna-Phorine mixte

3 Formules.
3 Modes d'Action.

SUPPOSITOIRES : Une seule Formule.

Les Laboratoires BRUNEAU & Cie, 17, rue de Berri, PARIS (8e).

CHIMIOTHÉRAPIE DIRECTE ET ÉLECTIVE
des TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

Rubrophène

COLORANT ATOXIQUE de conception nouvelle



DRAGÉES AMPOULES POMMADE

Indiqué dans les tuberculoses | ganglionnaire, ostéo-articulaire, péritonéale & intestinale, génito-urinaire, cutanée, ophtalmique, etc.

"LE PROGRÈS SCIENTIFIQUE" M. LEFEBVRE, Pharmacien, 25, Boulᵈ de La Tour-Maubourg - PARIS (7e)

DRÉVILL - grav. imp.

dépens du tissu mésenchymateux néoformé à l'endroit de la transplantation. Même résultat avec la transplantation de tissu osseux avec périoste adhérent.

La couche mésenchymateuse, riche en cellules du périoste, stimule la néoformation osseuse de la même façon que le tissu osseux complètement différencié. Cette couche mésenchymateuse doit être considérée comme une partie du tissu osseux lui-même ; il conviendrait de l'appeler : couche mésenchymateuse d'accroissement du tissu osseux et réserver le nom de périoste à la membrane conjonctive qui, à tout âge, entoure tout tissu osseux.

ROBERT CLÉMENT.

E. Akerberg (Orebro). ***Hyperinsulinisme et chirurgie*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, t. 83, fasc. 1-2, 16 Octobre 1939, p. 104-119). — Une obèse de 46 ans souffrait depuis nombre d'années de fringales matinales, probablement par hypoglycémie, car elle présenta plus tard, toujours le matin à jeun, des attaques tout à fait typiques de choc hypoglycémique spontané. En deux occasions, on trouva une glycémie à jeun, abaissée à 0 *g*. 10 et même au-dessous, mais lors des attaques d'hypoglycémie, le taux du sucre sanguin se faisait autour de 0 *g*. 50. Les épreuves de tolérance du glucose et de l'adrénaline donnèrent des courbes normales, bien que légèrement aplaties et à un niveau inférieur à la normale. Le métabololisme basal fut dans deux dosages de + 33 et + 37.

L'opération, sans difficultés techniques, mit en évidence un adénome des îlots de Langerhans, pesant 5 *g*. 50, qu'il fut aisé de décortiquer et d'enlever. Après l'intervention, la glycémie s'éleva et se maintint entre 1 et 3 *g*. Bien que ni glycose, ni stimulants du groupe adrénaline-éphétonine n'eussent été administrés. L'adénome était typique et contenait 2 fois et 1/2 plus d'insuline que le tissu pancréatique normal. La malade mourut le quatrième jour après l'opération, au milieu de symptômes rappelant cliniquement un choc endocrinien post-opératoire.

A propos de cette observation, sont discutées les indications opératoires dans l'hypoglycémie spontanée. Si, au cours de la laparotomie, on ne trouve pas d'adénomes circonscrits, il ne faut pas faire de résection du pancréas, car cette intervention, recommandée par maints chirurgiens, aboutit rarement au rétablissement de la stabilité glycémique.

Le surplus d'insuline provenant de l'adénome ne saurait guère expliquer les attaques d'hypoglycémie, même si l'on admet une production irrégulière par l'adénome. A. trouve que l'on a accordé trop peu d'attention à la théorie de Forsgren sur le rythme endogène du foie. Le moment d'apparition de l'hypoglycémie coïncide d'une façon frappante avec la phase assimilatrice et productrice de glycogène du foie.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

S. Helleström. ***Ulcérations ano-génitales sur base embolique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 4, Août 1939, p. 514-525). — A côté des ulcérations aiguës et chroniques de la vulve, H. décrit un nouveau type d'ulcérations ano-génitales non vénériennes.

Chez 3 femmes de 49 à 58 ans, atteintes de troubles cardio-vasculaires, H. a constaté des ulcérations ano-génitales subchroniques ou chroniques, affectant soit les grandes, soit les petites lèvres, soit la paroi vaginale postérieure ; l'ulcération est recouverte d'un enduit grisâtre ou noirâtre, gangréneux, rappelant les nécroses qu'on observe après l'électro-coagulation. Chez 2 malades on trouva des ulcérations analogues dans le pli de l'aine ou sur le nez. Les lésions sont indolentes, sauf au moment du passage de l'urine. La température est normale.

On peut éliminer les ulcérations d'origine syphilitique, chancrelleuse, blennorragique, lymphogranulomateuse, l'ulcère chronique simple de la vulve de Simon, les ulcérations dues à une maladie infectieuse aiguë. Il semble qu'on soit en présence d'ulcérations ano-génitales sur base embolico-thrombotique chez des malades atteints de troubles cardio-vasculaires, et qui offrent certaines analogies avec la gangrène par artériosclérose.

R. BURNIER.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

Karl Rohr (Zurich). ***Etat actuel de la recherche sur l'agranulocytose*** (*Helvetica Medica Acta*, t. 6, n° 5, Décembre 1939, p. 611-646). — R. a eu l'occasion d'observer 44 cas d'agranulocytose pure, indépendamment de 25 cas d'aleucie, de panmyélophtisie ou de granulocytopénie. Il arrive ainsi à la conclusion qu'il s'agit d'un syndrome hématologique caractérisé par la disparition des granulocytes, l'érythropoïèse et la thrombopoïèse n'étant pas modifiées, pouvant affecter 3 formes : les formes aiguës ou suraiguës, à symptomatologie complète (formes allergiques avec disparition complète des neutrophiles), les formes lentes accompagnées parfois de troubles de l'érythropoïèse ou de la thrombopoïèse (formes toxi-infectieuses où les neutrophiles peuvent atteindre un chiffre relativement élevé) et enfin les granulocytoses secondaires qui surviennent au cours d'une autre affection de la moelle osseuse (leucémie, lymphogranulomatose, etc.).

On admet généralement que le chiffre de 800 à 1.000 neutrophiles est un chiffre critique au-dessous duquel les nécroses surviennent régulièrement. Mais il faut reconnaître que le choc est aussi un facteur important quant à l'apparition des nécroses. La mort est souvent due à une complication.

Au point de vue de l'étiologie, R. a rencontré 27 fois une relation avec les médicaments dont 16 fois avec des médicaments contenant de l'amidopyrine, 10 fois avec des arsénobenzols et une fois avec une préparation d'or. Dans 6 cas, une hypersensibilité pour le pyramidon a pu être mise expérimentalement en évidence. Il semble que l'hypersensibilité, qui existe en pareil cas, soit le résultat d'une sensibilité antérieure et qu'il existe, en somme, une toxicité conditionnée.

On a admis que dans cette affection, il y a destruction primitive du tissu myéloïde, que la migration des neutrophiles a troublée, que la migration des globules blancs ne se fait pas ou encore que la destruction périphérique des leucocytes est augmentée. Il semble qu'il faille admettre qu'il y a simultanément trouble central et périphérique dû à une réaction antigène-anticorps. La plupart des sujets présentant de l'agranulocytose étaient déjà malades (polyarthrite, syphilis, amygdalite, pyélocystite, etc.). Bien souvent, il a été constaté que l'hémogramme ou le myélogramme n'est pas normal déjà avant l'apparition de l'agranulocytose.

Au point de vue thérapeutique, R. remarque qu'il n'a guère eu de résultat avec le pentnucléotide. La transfusion du sang de leucémique ne paraît pas non plus constituer un véritable progrès pas plus que la thérapeutique par les extraits de moelle osseuse. Les rayons Rœntgen sont complètement abandonnés. Dans les cas sévères, de petites transfusions de sang, voire de sang de fébricitant, seraient utiles, surtout pour remonter les forces du malade.

Au point de vue de la prophylaxie, on doit supprimer les médicaments. Cette mesure semble avoir suffi pour faire baisser, parmi les malades de R., la mortalité de 62 pour 100 (1924-1934) à 30 pour 100 (1935-1939). La plupart des décès s'observent chez des sujets âgés de 68 ans en moyenne.

P.-E. MORHARDT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Albert Alder (Aarau). ***L'hypoglycémie au service militaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 45, 11 Novembre 1939, p 1163-1164). — A. a eu l'occasion d'observer, au cours de ces derniers mois, des cas d'hypoglycémie qui se sont manifestés au cours du service militaire. Ces symptômes surviennent surtout chez des gens non entraînés ou débiles et surmenés. Ils consistent en vertiges, convulsions, troubles de la conscience, etc., symptômes qui font penser à la possibilité d'un coup de soleil, d'un coup de chaleur ou d'une crise d'apoplexie, parfois aussi à de la neurasthénie, à de l'hystérie et à de la simulation.

Dans un cas de ce genre, il s'est agi d'un homme né en 1904, cultivateur, qui s'inscrit comme volontaire pour la protection du pays. En Juin 1939, il présente du collapsus au cours du bain ; un mois plus tard, il présente de nouveau une perte de conscience et de la faiblesse circulatoire. L'examen ne montre rien d'anormal, mais on réforme tout de même l'homme qui, ultérieurement, présente une troisième crise. Au cours d'un nouvel examen, il expose qu'il a ses crises quand il n'a rien mangé depuis longtemps et une épreuve glucosée détermine une courbe de la glycémie qui débute à 50, qui ne dépasse pas 100 et qui tombe ensuite à 40 *mg*. pour 100 grammes en déterminant des troubles légers. Tous ces phénomènes pathologiques disparaissent sous l'influence d'une régulation du régime et surtout de l'administration de sucre.

A. donne ainsi 4 autres observations, essentiellement analogues à celle-ci : les troubles surviennent quand les malades n'ont pas mangé depuis longtemps et se sont livrés à un effort physique important. Il en ajoute une dernière concernant un garçon de 12 ans.

Il s'agit là certainement d'hypoglycémie spontanée symptomatique. Dans la moitié des cas, des troubles gastro-intestinaux ont peut être joué un rôle et il est possible que dans un autre cas une affection hépatique soit en cause. D'une façon générale, le traitement est simple et efficace. Quant au diagnostic, il est fondé en première ligne sur la détermination de la glycémie après carence alimentaire. Mais les symptômes subjectifs peuvent faire songer à cette affection dont l'existence pourra ainsi être confirmée par le traitement à base de sucre.

P.-E. MORHARDT.



CONSTIPATION
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE



ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE
1 à 6 comprimés par jour

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN, 25 - PARIS-16e

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE LÉGALE
(Paris)

Pierre Duquénois (Strasbourg). ***Contribution à l'étude médico-légale des intolérances causées par les teintures capillaires. Dermite et eczéma par sensibilisation*** (*Annales de Médecine légale*, an. **19**, n°s 9-10, Novembre-Décembre 1939, p. 661-670). — D. a eu à expertiser ce cas intéressant. Il s'agit d'une femme de 45 ans, bien portante, qui se faisait teindre au henné composé depuis plusieurs années, sans inconvénient. La dernière application remontait à 2 mois. Le 23 Mars, elle demande à son coiffeur habituel de lui teindre les cheveux en noir: le coiffeur doit employer une teinture à base de phénylène-diamine. Il lui effectue au préalable, ce jour, au bras, une touche pour se rendre compte si elle ne présente pas de sensibilité particulière. Le 25, donc environ 48 heures après, il ne remarque aucune réaction à ce niveau. Il pratique donc l'application de la teinture, dans les conditions habituelles, en mélange avec une certaine proportion d'eau oxygénée, et termine par un shampooing. Mais, la nuance obtenue étant trop claire, et la cliente n'ayant ressenti aucun phénomène d'irritation, il pratique immédiatement une seconde application, qu'il fait suivre d'un simple rinçage. Le lendemain, la cliente ressent un prurit rétro-auriculaire et, dès le soir, apparaît une éruption prurigineuse au front, au cuir chevelu et à la nuque. Bientôt la malade est défigurée par l'œdème et du cuir chevelu s'écoule un liquide séreux noir abondant. L'eczéma persiste plusieurs mois et laisse une peau très sensible à la moindre irritation.

D. insiste sur la valeur de l'épreuve de la touche de Sabouraud, correctement pratiquée et interprétée, mais parfois retardée dans sa manifestation. Dans ce cas, il s'est agi d'une intolérance. Vraisemblablement le shampooing qui précéda la seconde application a-t-il augmenté les risques d'intolérance et il convient de ne pas pratiquer deux applications consécutives de teinture, il convient de ne pas pratiquer la seconde sans un intervalle au moins d'une semaine, et après une nouvelle épreuve de la touche. Enfin, toute application doit être suivie d'un shampooing qui non seulement arrête la réaction tinctoriale, mais doit enlever tout l'excès de teinture qui pourrait provoquer la poussée éruptive.

L. Rivet.

Mazel et **Guilleminet** (Lyon). ***Injection de sérum antitétanique. Mort par anaphylaxie*** (*Annales de Médecine légale*, an. **19**, n°s 9-10, Novembre-Décembre 1939, p. 677-480). — Un enfant de 5 ans est admis à l'hôpital pour une petite plaie superficielle infectée de la cuisse consécutive à un accident survenu en jouant dans un jardin. On fait une injection de sérum antitétanique suivant la méthode désensibilisante de Besredka: 1 cm^3 à 11 heures, le reste de l'ampoule à 11 h. 30. A 3 heures, apparition de vomissements alimentaires, puis bilieux. A 15 heures, subcyanose, diarrhée cholériforme profuse. A 21 heures, agitation et délire, cyanose. A 22 heures, coma. Mort à 23 heures, soit 12 heures environ après l'injection. Il s'est agi de manifestations du type anaphylactique, rentrant dans le groupe des réactions de la première journée. A remarquer que la mise en œuvre de la méthode de Besredka n'a pas empêché l'apparition d'accidents anaphylactiques rapidement mortels, et, d'autre part, qu'on ne parvint pas à retrouver dans le passé de l'enfant l'injection préparante.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

R. Fontaine et **Pius Branzeu**. ***L'ostéogénèse dans les artérites oblitérantes. Contribution à l'étude des ossifications hétérotopiques*** (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **16**, n° 7, Janvier 1939). — Se basant sur douze cas, F. et B. décrivent les processus de l'ostéogénèse dans les tuniques artérielles.

La présence d'os vrai dans les artères athéromateuses est connue depuis longtemps. On trouvera un rappel historique des travaux sur ce sujet.

Se basant sur leur matériel, F. et B. concluent que c'est dans presque la moitié des cas d'artérite chronique que de l'os vrai se forme dans la paroi artérielle. C'est presque constamment chez des sujets très âgés, et sans que le diabète paraisse jouer un rôle important.

Au point de vue histologique, les lésions artérielles qui se compliquent d'ostéogénèse dans les tuniques sont celles de l'artériosclérose, non celles de la thromboangéite. Les plages d'ossification sont intimement liées à la présence de dépôts calcaires, que ceux-ci se soient formés primitivement dans le media (mediacalcinose), ou secondairement dans les foyers athéromateux de l'intima. L'os artériel est un os adulte, d'aspect histologique normal, avec ostéoblastes, et parfois cavités haversiennes et médullaires.

En suivant la marche de l'ostéogénèse artérielle, F. et B. ont retrouvé les étapes décrites par Leriche et Policard, et leur étude leur paraît être une confirmation démonstrative de l'exactitude de la théorie de la métaplasie conjonctive à l'origine de l'ostéogénèse.

P. Moulonguet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

M. Brulé, **P. Hillemand**, **E. Gilbrin** et **L. Collandry** (Paris). ***L'ulcère de la deuxième portion du duodénum*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **29**, n° 8, 1939, p. 846-855). — C'est une localisation rare, dont B., H., G. et C. n'ont relevé que 94 cas dans la littérature; cet ulcère serait plus fréquent chez les indigènes de Tunisie. A la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Tenon, depuis de nombreuses années, il n'a été observé qu'un seul cas.

Homme de 29 ans, présentant des crises douloureuses ulcéreuses depuis 5 ans; les douleurs n'ont pas d'horaire fixe, sont calmées par les vomissements. Les crises apparaissent une fois par an et durent 20 jours environ. La dernière s'est accompagnée d'une hématémèse abondante.

La radiographie montre une niche profonde sur le bord interne de la partie supérieure de la deuxième partie du duodénum.

Une gastro-entérostomie est pratiquée. Le duodénum est difficile à découvrir ; une zone indurée occupe la face postérieure et le bord externe de la deuxième portion du duodénum; on a la sensation d'un cratère. Les conditions anatomiques et la vascularisation intense interdisent toute exérèse.

Ces ulcères n'ont guère de caractères cliniques propres; ils sont révélés par l'examen radiologique. Il existe cependant une forme ictérique et Demirleau a signalé l'ouverture du cholédoque. Des complications de sténose du cholédoque peuvent survenir, des pancréatites, des sténoses duodénales, des perforations, des hémorragies (26 pour 100 des cas).

Le diagnostic est à faire avec les diverticules du duodénum, la dilatation de l'ampoule de Vater et certains ulcères bulbaires.

La gastrectomie serait l'opération idéale, mais la résection de l'ulcère se heurte à des difficultés particulières; il faudra donc se contenter soit d'une gastrectomie avec exclusion, soit d'une gastro-entérostomie.

J. Okinczyc.

J. Demirleau (Tunis). ***Les ulcères de la deuxième portion du duodénum*** (*Archives des maladies de la l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **29**, n° 8, 1939, p. 856-864). — Cette localisation, rare en général, est fréquente chez les musulmans tunisiens. Sur 60 gastrectomies pratiquées en deux ans, D. a rencontré 10 ulcères de la deuxième portion du duodénum.

Il serait peu douloureux pendant longtemps, ne diffère guère de l'ulcère duodénal ordinaire, et se révèle souvent au stade de sténose duodénale.

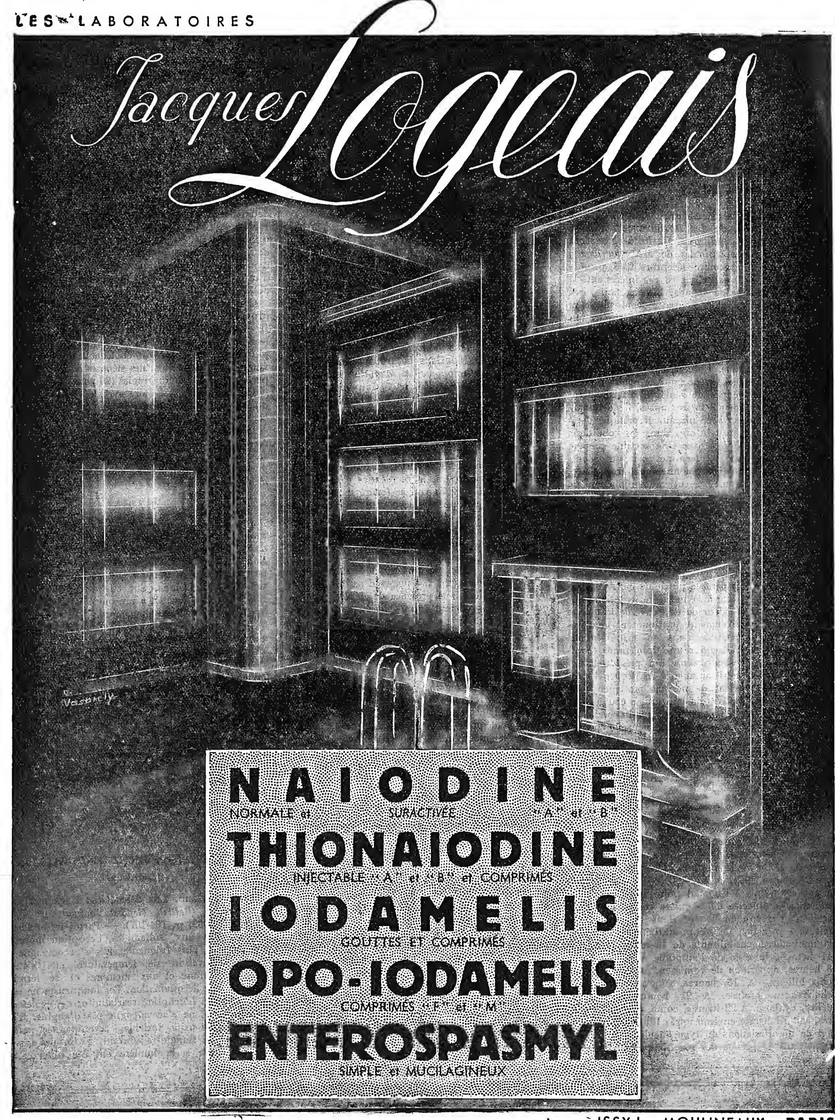
L'exérèse est imprudente et bien souvent impossible; dans un cas l'ulcère avait rongé le pancréas et ouvert le cholédoque; deux fois l'ulcère siégeait au ras de l'ampoule de Vater.

Ces ulcères relèvent plutôt de la gastro-entérostomie qui, malheureusement, n'est pas exempte de complications éloignées (ulcère peptique). Si bien que la gastrectomie pour exclusion semble préférable. Le diagnostic du siège précis, même au cours de l'opération n'est pas toujours facile. D. pour le préciser ouvre le duodénum, pour poser exactement les indications de l'exérèse ou de l'abstention.

J. Okinczyc.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

David Erskine. ***Les dermatites dues aux sulphonamides*** (*British Medical Journal*, n° 4097, 15 Juillet 1939, p. 104-107). — Parmi les accidents cutanés dus aux sulfamides, l'éruption morbilliforme est la plus fréquente. Elle s'accompagne de prurit, d'élévation de température, elle s'étend surtout au tronc et aux membres et se termine par une fine desquamation. Les muqueuses ne sont pas atteintes. L'éruption scarlatiniforme, également prurigineuse, ne s'accompagne pas d'angine. L'urticaire, d'intensité variable, accompagnée parfois d'œdème, se rencontre souvent. Enfin des cas de sensibilisation à la lumière ont été observés, se


LES LABORATOIRES
Jacques Logeais
NAIODINE
NORMALE et SURACTIVÉE "A" et "B"
THIONAIODINE
INJECTABLE "A" et "B" et COMPRIMÉS
IODAMELIS
GOUTTES ET COMPRIMÉS
OPO-IODAMELIS
COMPRIMÉS "F" et "M"
ENTEROSPASMYL
SIMPLE et MUCILAGINEUX
LA TECHNIQUE PUBLICITAIRE - PARIS
ISSY-les-MOULINEAUX - PARIS

traduisant par un érythème considérable avec vésiculation.

Ces accidents cutanés surviennent du 8e au 15e jour. Cette date d'apparition a fait rapprocher ces dermatites des accidents que l'on observe après l'administration d'arsénobenzènes ou de sérums. La recherche de la sulfamide dans les urines peut montrer qu'il s'agit de sensibilisation ou d'intoxication. Si l'élimination du médicament se fait d'une façon convenable, on peut continuer le traitement, il faut l'arrêter dans le cas contraire.

Certains auteurs ont pensé que la sulfamide en agissant sur un foyer infectieux profond dans l'organisme, libérait des toxines qui créent ces manifestations cutanées.

Quant à la sensibilisation à la lumière, elle serait due à une augmentation de l'excrétion de la porphyrine.

Pour le traitement, les diurétiques alcalins, l'éphédrine, en cas de prurit important, peuvent être administrés.

André Plichet.

Ernest Bulmer. ***Etude gastroscopique de cas de gastropathies radiologiquement négatives*** (*British Medical Journal*, n° 4097, 15 Juillet 1939, p. 104-107). — Dans une série de 1.575 malades présentant un syndrome gastro-duodénal, 38 pour 100 étaient restés sans diagnostic précis, en raison d'examens radiologiques négatifs.

Parmi ceux-ci, 147 malades furent examinés à l'aide de l'appareil gastroscopique de Woll-Schindler. On trouva dans plus de la moitié des cas (79) une affection organique. La gastrite superficielle fut constatée dans 60 cas, c'est d'ailleurs le seul procédé pour faire le diagnostic de cette affection.

André Plichet.

R. A. Krinauw. ***L'aide apportée par l'électro-encéphalographie à la neurologie*** (*British Medical Journal*, n° 4098, 22 Juillet 1939, p. 160-163). — Bien que l'électroencéphalographie ait donné des résultats surprenants dans la localisation des tumeurs du cerveau, K. pense qu'il ne faut pas rejeter l'aide de la ventriculographie. La profondeur d'une tumeur, ses dimensions exactes, ses relations avec les ventricules et les noyaux gris centraux ne peuvent être données que par la ventriculographie. Ces renseignements sont nécessaires pour décider de l'opérabilité d'une tumeur.

L'électroencéphalographie est aussi d'un grand secours dans l'étude de l'épilepsie. Les renseignements qu'elle donne sont cependant complexes.

Dans certains cas de grand mal comitial, il existe un rythme électrique constant et de grande amplitude, provenant soit de tout le cortex, soit de foyers corticaux siégeant surtout dans la région frontale, mais aussi dans la région occipitale. Dans certains cas les variations du rythme sont comparables à celles que l'on trouve dans les lésions tumorales. Dans d'autres, les foyers d'ondes sont extrêmement changeants. Ces troubles du rythme se voient non seulement pendant les crises, mais peuvent les précéder de quelques heures ou de quelques jours et sont constants chez un même individu. Dans l'intervalle des crises, il n'est pas rare d'observer des explosions de grandes ondes désordonnées, comme l'ont observé Lennox et ses collaborateurs, dans le petit mal. Dans certains cas, cependant, on n'a pu déceler aucune anomalie du rythme.

Dans le petit mal, K. a observé également des crises électriques sans expression clinique et des variations de grande amplitude au moment des attaques. La pycknolepsie rentre dans ce tableau, mais les foyers d'onde sont souvent occipitaux. On comprend l'intérêt de cet examen pour le diagnostic de cette affection.

Certains auteurs ont avancé que dans l'épilepsie post-traumatique, l'électroencéphalogramme n'était pas troublé. K., cependant, dans certains cas de lésions corticales étendues. a trouvé des modifications de l'électroencéphalogramme. Des études complémentaires devront être poursuivies sur ce point particulier.

André Plichet.

F. Y. Young. ***Relations entre le lobe antérieur de l'hypophyse et le métabolisme des hydrates de carbone*** (*British Medical Journal*, n° 4102, 19 Août 1939, p. 393-396). — Depuis les travaux de Houssay et de ses collaborateurs, l'attention est attirée sur le rôle que joue le lobe antérieur de l'hypophyse dans le métabolisme des hydrates de carbone. L'ablation du lobe antérieur rend plus sensible les animaux à l'action de l'insuline. Chez les chiens ayant subi l'ablation du pancréas et de l'hypophyse, l'administration d'extraits pituitaires augmente le diabète. L'administration d'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse annihile l'action de l'insuline chez les animaux hypophysectomisés ou non Russell a montré que lorsqu'un rat hypophysectomisé ingère du glucose, une grande quantité de sucre est oxydée, une petite partie est emmagasinée, l'administration d'extrait de lobe antérieur renverse ce rapport.

L'injection de lobe antérieur augmente l'excrétion des corps cétoniques chez les rats soumis à un régime de graisses.

Cliniquement, il est possible que l'insulino-résistance de certains sujets soit due à une hyperactivité du lobe antérieur de l'hypophyse.

André Plichet.

J. Kenworthy Gayus, V. B. Green-Armytage et **J. K. Baker.** ***Un cas d'agranulocytose puerpérale consécutif à un traitement par la sulfanilamide*** (*British Medical Journal*, n° 4105, 9 Septembre 1939, p. 560-561). — Il s'agit d'une femme, atteinte de septicémie puerpérale à streptocoque hémolytique, que l'on soumit à un traitement par le prontosil album. Au cours de ce traitement, alors qu'on avait constaté une amélioration dans son état et une chute de la température, elle se plaignit de douleurs au niveau des amygdales et, dans les jours qui suivirent, on diagnostiqua une angine à fausse membrane. L'examen du sang montra une diminution considérable des globules blancs, 860 dont 90 pour 100 de lymphocytes avec une disparition complète des polynucléaires. Sitôt le diagnostic d'agranulocytose confirmé, on pratiqua une transfusion et des injections de pentnucléotides qui n'eurent aucun succès.

Ce cas pose le problème du traitement de la septicémie puerpérale par la sulfamide. Il est de notion courante qu'il est imprudent de dépasser la dose de 50 *g.* de sulfamide, car l'on peut redouter alors des troubles sanguins. Dans le cas présent la dose n'avait été que de 39 *g.* 1/2 en 17 jours et cependant, il semble bien que d'après les constatations post-mortem il faille mettre ce cas au passif de la sulfamide.

Pratiquement dans les cas de septicémie puerpérale, il faut, quand on atteint la dose de 25 *g.* de sulfamide, répéter les examens de sang, sans attendre l'apparition des symptômes chimiques d'agranulocytose.

André Plichet.

E. C. Benn. ***Le traitement de la scarlatine par la sulfanilamide*** (*British Medical Journal*, n° 4107, 23 Septembre 1939, p. 645-646). — Dans une série de 253 cas de scarlatine, chez des enfants de 1 à 10 ans, traités par la sulfanilamide, le pourcentage des complications ne fut que de 15 pour 100 alors qu'il fut de 25,7 pour 100 dans une série de 261 cas traités par les méthodes ordinaires.

La sulfanilamide doit donc prendre place dans le traitement de la scarlatine et son action est peut-être plus importante dans la prophylaxie des complications.

C'est ainsi que chez 79 sujets traités par de petites doses de sulfanilamide depuis leur entrée jusqu'au 14e jour de la maladie, puis du 21e au 28e jour, les complications ne furent que de 11,4 pour 100.

Les doses étaient les suivantes: 0,75 en 3 fois chez les enfants au-dessous de 2 ans; 1 *g.* 5 pour les enfants de 3 à 7 ans; 3 *g.* pour les enfants au-dessus de 8 ans. Elles furent continuées une semaine après la chute de la température dans les cas non compliqués, plus longtemps dans les cas compliqués.

A part un érythème morbilliforme développé chez 2 sujets, on n'observa aucune réaction toxique.

André Plichet.

James Kemble. ***L'uréthrographie. Technique, interprétation, indications*** (*British Medical Journal*, n° 4108, 30 Septembre 1939, p. 683-685). — Au lieu d'employer le lipiodol ordinaire qui est trop épais et remplit mal les recessus de l'urèthre, K. a fait remplacer l'huile d'œillette par un autre véhicule, l'ester éthylique des acides gras de l'huile d'œillette qui est beaucoup plus fluide et a un degré de viscosité plus bas.

Les injections se font avec une seringue uréthrale ordinaire de 20 cm^3. On injecte 10 cm^3 qui sont suffisants pour remplir l'urèthre antérieur à condition de s'opposer au reflux. On demande au malade d'essayer d'uriner et à ce moment précis le liquide passe dans la vessie. On fait alors une radiographie qui montre le canal sans distension. Ensuite on peut injecter 10 nouveaux cm^3 qui distendent le canal et permettent d'emplir les recessus. Des radiographies sont prises alors sous diverses incidences.

Grâce à cette technique, K. n'a jamais eu à déplorer d'embolie graisseuse et le nouveau procédé peut être d'une grande utilité dans le diagnostic des calculs de la prostate, des abcès et des diverticules prostatiques, de l'hypertrophie et du carcinome de la prostate.

André Plichet.

K. E. Barlow. ***Diabète et insuffisance rénale*** (*British Medical Journal*, n° 4110, 14 Octobre 1939, p. 765-767). — La présence chez le même malade d'un diabète et d'une insuffisance rénale pose un problème de physiologie. L'insuffisance rénale se traduit par un défaut de concentration urinaire et par des urines abondantes de faible densité. Le diabète se signale par des urines également abondantes mais de densité élevée à cause du glucose. En règle, la puissance de concentration du rein est normale dans le diabète. Quel est l'effet sur le mécanisme de l'excrétion du glucose chez un diabétique dont le rein a perdu son pouvoir de concentration par suite de néphrosclérose?

Il semble d'après deux observations rapportées par B. que le seuil rénal du glucose soit abaissé du fait des lésions rénales et qu'il existe pour le sucre une fuite rénale. En conséquence dans les cas de diabète avec néphro-sclérose, la constatation d'une glycosurie importante n'indique pas forcément un trouble diabétique grave. Un diabétique atteint de néphrite chronique se comporte mieux qu'un diabétique simple. Ce sont des données dont il faut tenir compte dans l'insulinothérapie.

André Plichet.

R. G. Gordon, J. A. Fraser Roberts et **Ruth Griffiths.** ***La poliomyélite affecte-t-elle l'intelligence?*** (*British Medical Journal*, n° 4111, 21 Octobre 1939, p. 803-805). — Les maladies à virus neurotrope ne frappent pas, toutes, les fonctions intellectuelles. Si l'encéphalite léthargique amène



CICATRISE RAPIDEMENT les **PLAIES ATONES,**
les **ESCARRES,**
les **ULCERES VARIQUEUX**
même très anciens et tropho-névrotiques
sans interrompre ni le travail ni la marche
CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES

Dans chaque boîte : 6 pansements **Ulcéoplaques** pour 24 jours.

Deux dimensions :
Ulcéoplaques n° 1 : 5 cm./6 cm.
Ulcéoplaques n° 2 : 7 cm./9 cm.

Formuler :
1 boîte **Ulcéoplaques n° 1 ou n° 2**
1 **Ulcéobande.**

LABORATOIRE SÉVIGNÉ, 76, rue des Rondeaux, PARIS-XXe



TOUX SPASMODIQUES, **COQUELUCHE**, TOUX ÉMÉTISANTES

NON TOXIQUE — SAVEUR AGRÉABLE

SOLUTION DE FLUOROFORME STABILISÉ DANS DES EXTRAITS VÉGÉTAUX

LABORATOIRES LEBEAULT – 5, Rue Bourg l'Abbé, PARIS (IIIe)

un affaiblissement intellectuel progressif, la chorée, par contre, ne se comporte pas de même. Dans la poliomyélite, où la voie normale d'accès du virus est le naso-pharynx, la lame criblée de l'ethmoïde et les centres nerveux cérébraux avant d'arriver aux cellules des cornes antérieures de la moelle, on pourrait craindre une atteinte des centres de l'intelligence d'autant qu'il y a souvent au début de la maladie une phase cérébrale.

G., R. et G. ont fait l'examen de l'intelligence de 98 enfants de 4 à 15 ans, atteints de poliomyélite, en se servant des tests de Binet et de Standfort. Aucun retard intellectuel n'a été noté, même chez les poliomyélitiques dont les accidents cérébraux du début ont été importants.

On peut donc dans cette maladie porter le meilleur pronostic au point de vue de l'avenir intellectuel et rassurer les parents. Il faut cependant tenir compte du fait que les enfants atteints de cette maladie sont obligatoirement empêchés de fréquenter l'école pendant un long temps et que leur infirmité résiduelle peut également les gêner dans leur scolarité.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Geoffrey Hadfield. ***La Lésion histologique primitive de l'iléite régionale*** (*The Lancet*, n° 6058, 7 Octobre 1939, p. 773-775). — La lésion histologique la plus précoce de l'iléite régionale serait une hyperplasie lymphadénoïde avec formation de cellules géantes non caséeuses dans la sous-muqueuse. La présence d'acides gras provenant des bacilles n'a pu être démontrée dans ces lésions.

Ces lésions histologiques se rencontrent également dans la région des plaques de Peyer. Les ulcérations et les fistules sont secondaires à ces lésions, d'ailleurs bien souvent l'ulcération modifie cette lésion primitive qu'il est difficile alors de découvrir sur l'iléon.

André Plichet.

W. R. Collis. ***Bactériologie du Rhumatisme articulaire aigu*** (*The Lancet*, n° 6059, 14 Octobre 1939, p. 817-820). — C. dans cet article passe en revue toutes les recherches de laboratoire entreprises pour découvrir l'agent du rhumatisme articulaire aigu. Il montre comment on est arrivé, dans ces dernières années, à établ'r le rôle du streptocoque hémolytique. Green, en 1939, a pu, dans 8 cas sur 9, obtenir le streptocoque hémolytique des valvules atteintes ou non d'endocardite. Dans 3 cas, il l'obtint du péricarde. Jamais il ne le trouva dans le sang circulant, mais dans 5 cas, le streptocoque fut identifié avec celui qu'il avait découvert dans la gorge de ces malades pendant leur vie.

C. a fait des recherches similaires Sur 17 autopsies de rhumatisants, il a pu tirer le streptocoque hémolytique de 14 amygdales, de 13 ganglions cervicaux ou médiastinaux, de 22 valvules aortiques sur 42 qu'il a eues à examiner.

André Plichet.

W. Spence. ***Le propionate de testostérone dans les mastites chroniques*** (*The Lancet*, n° 6059, 14 Octobre 1939, p. 820-823). — Avant de commencer un traitement par le propionate de testostérone de femmes atteintes de mastite, S., pour éliminer l'élément psychique, a traité 24 femmes par des injections d'huile d'olives stérilisée. Chez 13 d'entre elles, les douleurs disparurent, qu'elles aient ou non des noyaux indurés dans le sein. Aucun autre traitement ne fut institué par la suite à 8 malades qui n'avaient pas de noyaux intra-glandulaires. Les 16 malades restant ont été traitées par le propionate de testostérone à la dose de 25, 50 et 100 *mg.*, deux fois par semaines pendant plusieurs mois. Chez 14 malades les douleurs disparurent, 12 malades n'avaient pas de noyaux glandulaires. Chez 3 malades, les masses kystiques disparurent mais chez deux d'entre elles, une disparition spontanée ne peut être exclue. Chez la troisième qui reçut 2.925 *mg.* de testostérone en 5 mois, on constata une hypertrophie du clitoris et une atrophie de l'endométrium. Chez 5 malades, il y eut une réduction du volume des noyaux de mastite. Chez 2 malades qui ne furent pas améliorées, des noyaux nouveaux firent leur apparition. La menstruation fut supprimée chez 7 malades recevant de grosses doses. Chez 5 jeunes femmes, on assista à un développement anormal des poils avec des doses relativement faibles pour 4 au moins d'entre elles. Ce fait ne fut pas observé chez les sujets âgés.

En résumé : médication qui peut apporter un soulagement aux douleurs, mais dont il faut connaître les inconvénients.

André Plichet.

Meave Kenny et **Earl King.** ***Effets de la prolactine sur la lactation des femmes qui allaitent*** (*The Lancet*, n° 6059, 14 Octobre 1939, p. 828-831). — La découverte d'un facteur lactogénique dans la pituitaire antérieure par Stricker et Grueter a été vérifiée par un grand nombre d'auteurs. Riddle, Bates et Dyskshorn ont décrit une méthode de préparation d'un extrait de l'hypophyse de bœuf qui est capable d'augmenter la lactation chez l'animal et qu'ils ont nommé prolactine.

K. et K., à 43 femmes, pendant la période de lactation ont administré de la prolactine extraite soit de l'hypophyse de bœuf, soit de l'hypophyse de mouton. Les résultats ont été des plus encourageants. Il n'en est résulté aucun inconvénient local ou général. Les tests de tolérance au sucre ont été normaux et aucune insuffisance des fonctions gonadotropiques n'a été notée. La qualité du lait après administration de ces extraits était la même que chez les femmes ne subissant pas ce traitement.

André Plichet.

J. Berberich. ***L'arc lipoïdique du tympan*** (*The Lancet*, n° 6059, 14 Octobre 1939, p. 833-834). — Analogue au cercle sénile de la cornée, on peut observer un arc sur le tympan formé de dépôts de cholestérine, de graisses neutres, d'acides gras. Cet arc sénile est l'indice certain d'une hypercholestérinémie. Il se rencontre surtout dans toutes les maladies qui s'accompagnent de ce trouble, chez les sujets âgés, chez les hypertendus, chez les diabétiques ainsi que chez les sujets porteurs de bouchons de cérumen récidivants.

Expérimentalement, chez l'animal, cet arc sénile a été reproduit en donnant un régime comportant un excès de cholestérol.

André Plichet.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

A. R. Albanese et **V. F. Pataro.** ***Pancréatite aiguë (Apoplexie du péritoine). Son traitement par anesthésie splanchnique*** (*La Semana Medica*, an. 46, n° 28, Juillet 1939, p. 74-75). A. et P. relatent l'observation d'un cas de pancréatite aiguë chez une malade de 40 ans. Celle-ci avait déjà eu une anesthésie du splanchnique droit, qui l'avait soulagée en 1937, à la suite d'un syndrome cholédocien. En Mars 1939, elle consulte à nouveau pour de violentes douleurs épigastriques et hémi-abdominales gauches s'accompagnant de sueurs froides, pâleur, vomissements biliaires. A. et P. voient la malade deux heures après le début du tableau clinique aigu. La malade présente un état de grand collapsus, se tient en décubitus dorsal. Son abdomen est météorisé et tendu. Défense dans l'hypocondre gauche, douleur à la pression. Le point vésiculaire est très sensible. Température à 38°5 et pouls à 110. L'examen complet fait poser le diagnostic de pancréatite aiguë. On pratique une anesthésie du splanchnique gauche. Un quart d'heure après, et sans le secours d'aucune autre médication, un mieux très net se produit : disparition du collapsus, diminution de la cyanose. Pouls bien frappé et ample à 95, disparition de la défense musculaire et de la douleur. Cette amélioration s'accentue d'heure en heure. Le jour suivant on pratique une nouvelle anesthésie et, 6 jours après le début de la crise, tous les symptômes ont disparu complètement.

Après avoir retracé un court historique de cette affection et de ce traitement et avoir rappelé leurs travaux sur l'anesthésie du splanchnique droit, A. et P. pensent que cette méthode, intelligemment employée, peut devenir le traitement de choix de l'apoplexie pancréatique.

Robert Coronel.

REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA, INMUNOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA
(Buenos-Aires)

L. Lepera. ***La spondylite typhique. Contribution clinique et expérimentale*** (*Revista Sud-Americana de endocrinologia, immunologia y quimioterapia*, an. 22, n° 7, Juillet 1939, p. 435-467). — La spondylite typhique, classée dans le groupe des maladies bénignes, si elle comporte un pronostic vital favorable, n'en possède pas moins un pronostic fonctionnel sérieux. Les séquelles de la spondylite typhique amenant parfois des changements architecturaux de la colonne. Après avoir rapidement passé sur la clinique de la spondylite et sur ses séquelles, L., passe au traitement. Celui-ci est tout d'abord fonction de la douleur, et cette thérapeutique symptomatique est ce qu'il appelle le *traitement d'urgence* (analgésiques et hypnotiques). Le *traitement local* — curatif et analgésique — qui est trop connu pour que nous nous étendions à son sujet précède l'*immobilisation*. Celle-ci se fait soit en extension continue ou simplement sur un lit suivie du port d'un corset.

L. arrive maintenant au chapitre de la vaccination. Après avoir brièvement retracé l'historique, les controverses et les polémiques engendrées par cette vaccination, L. nous indique la technique employée par lui dans ces cas. Emploi de germes morts par chaleur ou éthérisation (Vincent, Eberth et T. A. B.). L'Institut bactériologique du Département National de l'Hygiène prépare trois sortes d'ampoules qui contiennent :

La première : 250 millions de bacilles d'Eberth et 125 millions de chaque Para A et B.

La deuxième : 500 millions de bacilles d'Eberth et 250 millions de Para A et 250 millions de Para B.

La troisième : 1.000 millions de bacilles d'Eberth et 200 millions de chaque Para A et B.

(Il existe d'autres vaccins préparés : Institut biologique Argentin ; Institut Pasteur ; Parke ; Davis, etc...)

La technique de l'injection, selon L., tient compte de la « phase négative » de *Wright* et préconise d'une part des doses initiales faibles et, d'autre part, d'éviter la répétition quotidienne des injections. Selon L., l'intervalle entre deux injections doit être au moins de 3 jours.

Cet exposé thrapeutique se termine par une revue rapide des autres traitements employés : sérothérapie, ponction lombaire, iodurothérapie, opothérapie thyroïdienne et enfin les traitements chirurgicaux et de consolidation.

L. rapporte ensuite 6 cas de spondylite. Sur ces 6 observations, 3 lui sont personnelles. Les 3 autres ayant été publiées par Delagenière, Guidé et Arnous, Curtillet et Lombard.

Robert Coronel.

EPHYDION

APAISE LA TOUX
LA PLUS REBELLE
sans fatiguer
l'estomac

RHUMES — GRIPPE
BRONCHITES — ASTHME
COQUELUCHE
TOUX DES TUBERCULEUX

COMPRIMÉS
5 COMPRIMÉS PAR JOUR
1 avant chaque repas
1 au coucher • 1 la nuit

GOUTTES
30 GOUTTES = 1 COMPRIMÉ
1 goutte par année d'âge
5 à 8 fois par jour.

FORMULE

Chlorhyd. d'Ephedrine natur.	0,006
Dionine	0,006
Belladone pulver.	0,008
Benzoate de Soude	0,080
Extrait de Grindelia	0,050
Teinture de Drosera	2 G[illegible]

pour 1 comprimé kératinisé
ou pour 30 gouttes

LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES

NEZ GORGE
OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES

Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées

◆

Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe. MONTREUIL (Seine)

GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal interne et externe

Inhalations – Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO – Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE – Eau gomenolée

GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL

Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X[e]

PANGLANDINE

CRÉÉE EN 1897

toute une équipe au secours des
GLANDES DÉFICIENTES
Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.

CAPSULES 2 à 8 par jour.
SOLUTION : 10 à 100 gouttes par jour.

LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. Binkley. ***Panniculite fébrile nodulaire récidivante non suppurée; description d'un cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 2, 8 Juillet 1939, p. 113-117). — La panniculite fébrile nodulaire, ou maladie de Weber-Christian, est une affection rarissime, puisqu'il n'en existe que 12 cas dans la littérature médicale. B. en rapporte une nouvelle observation. Il s'agit d'un syndrome caractérisé par l'apparition sur divers segments du corps, surtout les extrémités et les reins, de petites tumeurs érythémateuses et douloureuses, développées aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané, et par l'existence de symptômes fonctionnels intenses : fièvre, frissons, céphalées. Ces nodules n'ont cependant aucune tendance à la suppuration, ils évoluent vers l'atrophie et la sclérose sous-cutanée : mais cette évolution est coupée de poussées fébriles et de frissons, avec réapparition des signes locaux. La biopsie ne montre aucune lésion caractéristique. Le traitement est inefficace. L'étiologie est inconnue.

R. Rivoire.

M. Roberts. ***Les hémorragies cérébrales des nouveau-nés*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 4, 22 Juillet 1939, p. 280-283). — Dans cette intéressante étude statistique, R. passe en revue les causes, les conséquences et les complications des hémorragies cérébrales du nouveau-né. La fréquence de cette affection est grande, puisqu'elle s'observe dans 1 ou 2 pour 100 des cas; mais 85 pour 100 des enfants qui survivent au shock de l'accouchement meurent pendant les trois premiers jours; après ce délai, il ne semble pas que l'hémorragie cérébrale puisse être une cause directe de décès.

Parmi les nouveau-nés qui survivent, 75 pour 100 se développent normalement; il n'y a donc que relativement peu de complications type maladie de Little ou spasticité cérébrale. Il semble donc probable qu'un grand nombre de ces affections ne soient pas dues à un traumatisme obstétrical, mais plutôt à une dégénérescence ou à une malformation.

R. Rivoire.

C. Garvin. ***Complications consécutives à l'administration de sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 4, 22 Juillet 1939, p. 288-291). — G. fait une revue générale des complications observées au cours du traitement par la sulfanilamide et les classe ainsi :

1° *Symptômes toxiques légers :* malaise, lassitude, asthénie, céphalée, vertiges, anorexie, nausées, cyanose légère ou modérée. dyspnée. Ces complications n'interdisent pas la continuation du traitement.

2° *Symptômes toxiques sérieux :* cyanose intense, dyspnée sévère, abaissement de la réserve alcaline, vomissements fréquents, diarrhée, douleurs abdominales, prurigo, anémie progressive. Ces symptômes doivent commander une vigilance continue et il est préférable de diminuer la dose.

3° *Symptômes toxiques graves :* fièvre, dermatite, anémie hémolytique aiguë, leucopénie, psychoses, ictères. Ces symptômes commandent l'arrêt immédiat du traitement. Pour éviter au maximum l'apparition des complications graves, il est nécessaire d'examiner le malade régulièrement, de faire tous les jours une numération sanguine, d'éviter l'administration des sulfates, et d'éviter d'employer le sulfanilamide chez les anémiques, les leucopéniques et les hépatiques.

R. Rivoire.

S. Koletsky. ***Anémie hémolytique mortelle consécutive à l'administration de sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 4, 22 Juillet 1939, p. 291-294). — K. rapporte un cas mortel d'anémie hémolytique aiguë, survenue au deuxième jour d'un traitement sulfamidé pour mastoïdite. Ce cas est intéressant parce qu'il est le second cas mortel publié : si l'anémie hémolytique est fréquente dans les cas d'intoxication par la sulfanilamide, le pronostic de cette affection est d'ordinaire bénin. Il faut d'ailleurs signaler que le traitement de ce cas a été mauvais, puisqu'il n'a pas été fait de transfusion : peut-être faut-il voir dans ce défaut de thérapeutique active la cause du décès.

R. Rivoire.

H. Smith, S. Ziffren, C. Owen et **G. Hoffman.** ***Etudes cliniques et expérimentales sur la vitamine K*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 5, 29 Juillet 1939, p. 380-383). — La vitamine K a été découverte, il y a une dizaine d'années, à la suite des belles recherches de Dam et de ses collaborateurs danois. Il s'agit d'un facteur liposoluble, présent dans de nombreuses feuilles vertes, notamment dans l'alfa et l'épinard, qui est indispensable pour la formation de prothrombine dans le foie. Lorsqu'un animal est privé de ce facteur, ou lorsque l'absorption intestinale est mauvaise, le taux de la prothrombine du sang diminue et une tendance aux hémorragies s'observe.

Le point le plus intéressant de la physiologie de cette vitamine K est que la présence de bile dans l'intestin est indispensable pour une absorption correcte. Aussi la carence en vitamine K s'observe-t-elle pratiquement seulement en cas d'obstruction ou de déviation biliaire. Il semble à l'heure actuelle démontré que les hémorragies observées au cours des ictères par rétention, et d'une façon générale au cours de beaucoup d'affections hépato-biliaires, soit lié à cette pathogénie. La preuve en est que la prothrombine du sang est constamment diminuée chez les ictériques qui saignent, et que l'administration par voie buccale de vitamine K et de sels biliaires, ou l'administration parentérale de vitamine K seule, fait remonter le taux de la prothrombine sanguine et corrige la tendance aux hémorragies.

Dans cet article, les auteurs décrivent un nouveau test permettant de doser la prothrombine sanguine et de dépister ainsi les carences en facteur K; ils donnent ensuite quelques résultats thérapeutiques obtenus chez des ictériques.

Il faut noter que la vitamine K n'a d'action curative que dans les cas d'hémorragies liés à une diminution de la prothrombine du sang : son efficacité est nulle dans l'hémophilie et dans le purpura thrombocytopénique.

R. Rivoire.

H. Butt, A. Snell et **A. Osterberg.** ***L'administration pré-opératoire et post-opératoire de vitamine K aux malades ictériques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 5, 29 Juillet 1939, p. 383-390). — Dans cet article, provenant de la clinique Mayo, B., S. et O. exposent les résultats obtenus par le traitement pré- et post-opératoire à la vitamine K au cours de la chirurgie biliaire. Il semble que cette thérapeutique, lorsqu'elle est faite systématiquement chez les opérés ictériques, diminue considérablement les risques d'hémorragie post-opératoire. B., S. et O. conseillent de ne pas administrer uniquement la vitamine K aux opérés dont la prothrombine du sang est diminué; en effet, les méthodes de dosage de cette substance sont imparfaites et indirectes, et, d'autre part, on constate d'ordinaire une chute brutale du taux de la prothrombinémie dans les jours qui suivent l'intervention.

Enfin, B., S. et O. confirment l'action nulle de la vitamine K chez les hémorragiques dont le taux de la prothrombine sanguine est normal.

R. Rivoire.

W. Antopol, J. Applebaum et **L. Goldman.** ***Deux cas d'anémie hémolytique aiguë avec auto-agglutination consécutifs au traitement par les sulfamides*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 6, 5 Août 1939, p. 488-484). — A., A. et G. rapportent deux intéressantes observations d'anémie hémolytique survenue au cours d'un traitement intensif par les sulfamides. Ce qui fait l'intérêt de ces observations, c'est surtout l'existence d'autoagglutination, phénomène non encore signalé, à notre connaissance, dans les anémies des sulfamides. Malgré cette autoagglutination, des transfusions nombreuses peuvent être faites sans réactions, en prenant la précaution d'éviter le refroidissement du sang. La guérison survint rapidement dans les deux cas.

L'intérêt de cette auto-agglutination est qu'elle peut être la cause d'erreurs de détermination du groupe sanguin du malade, si l'on se contente des sérums II et III; il faut donc toujours, lorsqu'on constate au cours d'une anémie par les sulfamides une agglutination par les sérum II et III, vérifier avec du sérum IV et I s'il ne s'agit pas d'une auto-agglutination, et faire une épreuve nouvelle après chauffage à 37° s'il y a un doute.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

B. A. Kornblith. ***Lymphogranulome vénérien. Traitement de 300 cas*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **198**, n° 2, Août 1939, p. 231-245). — K. a traité 207 cas de maladie de Nicolas-Favre par des injections intraveineuses d'antigène de Frei avec le meilleur succès. 83 pour 100 guérirent en effet en 6 semaines avec ou sans suppuration; 12 pour 100 guérirent en 3 mois. Durant une période de 2 ans on put se passer d'incision ou d'excision des adénites avec ce traitement.. L'aspiration, quand elle était indiquée, donna de bons résultats, associée aux injections d'antigène de Frei. Cet antigène fut d'ordinaire administré à la dose de 0,3 cm^3 d'antigène non filtré, un jour sur deux; c'est le même antigène que celui qui sert pour les cuti-réactions. Divers types de réactions peuvent se produire à la suite de la première injection intraveineuse; mais en aucun cas ces réactions ne furent alarmantes.

Toute thérapeutique rationnelle du lymphogranulome doit se baser sur ce qu'il s'agit là d'une maladie de nature générale, bien que ses manifestations localisées soient principalement des lésions de la région pelvienne. Toutes ces manifestations localisées sont le résultat d'une inflammation à des stades divers, allant des processus exsudatifs aigus à un état final chronique prolifératif ou fibreux des divers tissus atteints. A eux seuls le traitement chirurgical ou le traitement palliatif se sont montrés insuffisants pour obtenir la guérison complète de la maladie. Le traitement chirurgical n'est indiqué que lorsque toutes les manifestations inflammatoires locales ont disparu. D'une façon générale, les procédés locaux les plus efficaces dans toutes les lésions du lymphogranulome sont les procédés conservateurs, associés à l'emploi intraveineux de l'antigène de Frei. En cas d'adénopathies inguinales, l'aspiration du pus du bubon quand elle est nécessaire, combinée à l'injection intraveineuse d'antigène, s'est montrée suffisante. En cas de lésions rectales, il est judicieux de recourir à la colostomie temporaire ou permanente et à la dilatation quand elle est possible, associées aux injections intra-veineuses d'antigène et au traitement palliatif local.

P.-L. Marie.

Granules de CATILLON

à 0.001 EXTRAIT TITRÉ de

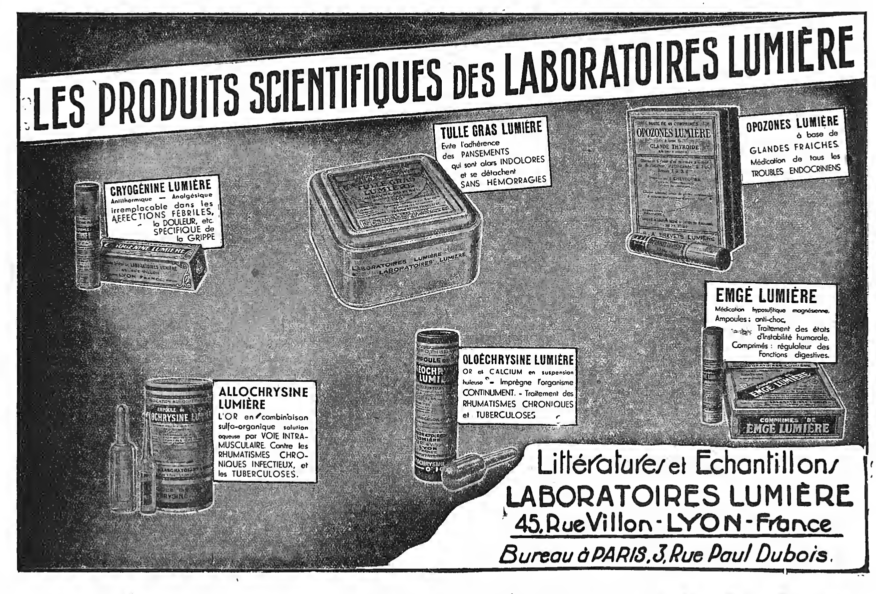
STROPHANTUS

TONIQUE du CŒUR **DIURÉTIQUE**

Effet immédiat — innocuité — ni intolérance ni vasoconstriction — on peut en faire un usage continu

Prix de l'Académie de Médecine pour **« Strophantus et Strophantine »**, *Médaille d'Or Expos. univ. 1900*

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



2 PILULES GLUTINISÉES NOUVEAU CORPS IODÉ ORIGINAL CITRATÉ 2 à 3 FOIS PAR JOUR

IODOCITRANE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ARTÉRIO-SCLÉROSE

TROUBLES ARTÉRIELS ET VEINEUX

MALADIES DE LA CINQUANTAINE TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS

E. Ogden et **N. W. Shock.** ***Hypercirculation volontaire*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **198**, n° 3, Septembre 1939, p. 329-341). — O. et S. ont observé deux sujets qui étaient capables d'accélérer à volonté la fréquence de leur pouls. Ils ont constaté que cette accélération s'accompagnait d'une augmentation de la pression artérielle systolique et diastolique, d'une respiration plus rapide, d'un accroissement du volume d'air traversant le poumon, de l'absorption de O et de l'élimination de CO^2. Le début et la disparition de ces phénomènes sont brusques.

En considérant quantitativement la grandeur et les relations chronologiques de ces phénomènes, on voit qu'il y a bien une véritable hyperventilation avec élimination excessive de CO^2, une véritable augmentation du métabolisme avec excès de la consommation de O et une hypercirculation, circulation dépassant les besoins du métabolisme.

L'adrénaline pourrait être rendue responsable de l'accélération cardiaque et de l'augmentation de la pression artérielle ainsi que de l'accroissement de la circulation, du fait de la décharge des réservoirs sanguins. Mais le phénomène apparaît et disparaît si soudainement que l'on ne peut invoquer exclusivement l'action de l'adrénaline.

Dans les travaux cités par O. et S. qui englobent un total de 15 autres cas d'accélération volontaire du cœur, on ne trouve pas d'exemple où l'accélération ne s'accompagnait pas d'un ou de plusieurs des autres phénomènes décrits.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF SYPHILIS, GONORRHEA AND VENERAL DISEASES (Saint-Louis)

Louis J. Soffer. ***Le traitement de la jaunisse consécutive à l'arsphénamine*** (*American Journal of Syphilis Gonorrhea and Veneral Diseases*, vol. 23, n° 5, Septembre 1939, p. 574-584). — La jaunisse consécutive au traitement par l'arsphénamine se présente chez 1 pour 100 des sujets traités environ, et la mortalité varie de 1 à 6 pour 100 des cas.

L'expérience montre, chez l'homme comme chez l'animal, qu'un régime riche en hydrates de carbone constitue un excellent moyen thérapeutique dans ces jaunisses. On peut donner, par exemple, 400 à 600 *g.* d'hydrates de carbone par jour divisés en 5 à 6 repas.

Ces hydrates de carbone seront surtout utilisés sous forme de fructose et de glucose, car ces sucres sont ceux qui sont le plus aisément transformés en glycogène par le foie. On peut également utiliser le sucre de canne qui est hydrolysé en glucose, et le jus de fruits.

Si la quantité d'hydrates de carbone prise par la bouche n'est pas suffisante, on pourra faire en outre des injections intraveineuses de glucose à 5 pour 100. Des injections d'insuline seront pratiquées, si l'on constate de la glycosurie.

L'emploi des cholagogues et des cholérétiques dans ces cas est une thérapeutique indésirable.

S. ne pense pas que l'on doive continuer le traitement arsenical dans les ictères consécutifs à l'arsphénamine.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

C. F. Garvin. ***Deux cas de pneumonie huileuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. **64**, n° 3, Septembre 1939, p. 586-589). — Décrite pour la première fois en 1925 par Laughlen, la pneumonie due à l'aspiration de préparations huileuses se rencontre surtout chez les enfants débilités, atteints presque toujours d'affections qui facilitent l'aspiration des matériaux contenus dans le pharynx. Les substances le plus souvent en cause sont les gouttes nasales et les laxatifs à base d'huile de paraffine, rarement le lait, l'huile de foie de morue, la crème.

Cliniquement, les sujets atteints présentent les signes d'une pneumonie larvée, avec des exacerbations périodiques dues à l'infection secondaire. Chez les adultes, chez qui la pneumonie se développe d'ordinaire lentement, aboutissant à la formation d'une zone fibreuse bien circonscrite, la maladie peut simuler une pneumonie granulomateuse ou une tumeur. Radiologiquement, on trouve des zones où la densité est accrue, qui dans les cas étendus affectent les deux poumons, prédominant au poumon droit dans le tiers inférieur du lobe supérieur et à la partie supérieure du lobe inférieur, au poumon gauche dans le tiers moyen du lobe supérieur et à la partie supérieure du lobe supérieur.

A l'autopsie, dans le type infantile, on constate le tableau d'une réaction des tissus à un corps étranger, associée aux lésions dues à l'infection secondaire microbienne. Le tissu pulmonaire hépatisé est d'un gris jaunâtre, laissant sourdre à la pression un liquide laiteux trouble contenant de fines gouttelettes huileuses. Histologiquement, les alvéoles sont remplies de macrophages contenant des graisses. On trouve des cellules géantes et des lymphocytes. Dans le type de l'adulte, les lésions sont essentiellement les mêmes, mais à un stade plus avancé, localisées et très fibreuses.

Les deux cas de G. concernant des adultes de 66 et de 73 ans. Chez l'un d'eux l'introduction de l'huile dans les poumons était due à l'habitude de laisser la préparation nasale huileuse couler vers la partie inférieure du pharynx; chez l'autre, l'introduction résultait de la dysphagie due à une obstruction cancéreuse de l'œsophage. La mort fut rapide dans le premier cas et se produisit au bout de quelques semaines dans le second. Chez les deux malades les lésions affectaient le type infantile.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Frederic E. Kredel et **Dallas B. Phemister.** ***Réapparition de la fonction nerveuse sympathique dans les transplants cutanés*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **42**, n° 3, Septembre 1939, p. 403-413). — La réapparition de la fonction sympathique est une manifestation tardive de la régénération nerveuse dans les greffes cutanées. Le retour de la sudation, le premier, apparaît vers le 11e mois. L'importance de la réapparition des fonctions sympathiques est variable. Dans certains cas l'activité sudorale est encore absente après plusieurs années.

La réapparition de la sensibilité cutanée est habituellement, mais non toujours, suivie de la réapparition de la fonction sympathique. Quand on voit réapparaître la sueur dans un fragment de peau, souvent une sensibilité cutanée incomplète y existe déjà. Ce qui laisse penser que les sensibilités cutanées et sympathiques possèdent les mêmes conducteurs.

La fonction vasomotrice réapparaît aussi, mais comme la fonction sudorale, cette récupération est souvent incomplète. Le dermographisme, la persistance de la pâleur après la pression, l'érythème prolongé après exposition à la chaleur, et l'hypersensibilité au froid sont des manifestations communes d'une fonction vasomotrice imparfaite.

La fonction pilomotrice et celle des glandes sébacées peut également réapparaître.

Des greffes libres ne présentent pas en général de retour des fonctions sympathiques, peut-être du fait des lésions de la peau elle-même.

La fonction pilomotrice réapparaît à la périphérie des fragments de peau de chats greffés. L'évidence anatomique de régénération des fibres sympathiques se manifeste par la réapparition des réflexes pilomoteur et vasomoteur.

H. Schaeffer.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

G. Lami (Pise). ***Sur l'anémie dite achrestique*** (*La Riforma medica*, t. **55**, n° 34, 26 Août 1939, p. 1275-1283). — G. rapporte deux observations d'anémie pernicieuse hépato-résistante sans achylie, ni phénomènes nerveux; la réaction de Singer au suc gastrique était nettement positive et le devenait encore plus après hépatothérapie parentérale. Tout en faisant des réserves sur la valeur de l'épreuve de Singer, L. pense pouvoir rapprocher ces deux cas de ceux que Wilkinson a décrits comme anémie achrestique ou anémie par manque d'accumulation, l'organisme élaborant bien le principe antipernicieux, mais n'étant capable ni de l'accumuler, ni de l'utiliser. En se basant sur les recherches de L. Lami sur l'augmentation du pouvoir réticulocytogène du suc gastrique des sujets normaux après traitement parentéral par les extraits hépatiques, L. discute la pathogénie de l'anémie dite achrestique; il admet comme démontré que le principe antipernicieux ne se forme que dans l'estomac et que les extraits hépatiques agissent non seulement par substitution mais aussi et pour une grande part en stimulant la production du principe antipernicieux dans l'estomac. Si l'on interprète l'anémie achrestique comme l'expression d'un défaut d'absorption intestinale du principe antipernicieux, l'hépato-résistance est la preuve que les extraits hépatiques introduits par voie parentérale agissent surtout en stimulant la sécrétion gastrique du principe antipernicieux, stimulation parallèle à celle qu'ils excercent sur la sécrétion chlorhydropepsique.

Lucien Rouquès.

G. F. Capuani (Novare). ***L'histaminémie dans l'asthme bronchique*** (*La Riforma medica*, t. **55**, n° 42, 21 Octobre 1939, p. 1539-1541). — On sait l'importance du rôle de l'histamine dans les phénomènes allergiques; quelques déterminations de l'histaminémie ont déjà été faites chez les asthmatiques par Cerqua, par Storm, Van Leuwen et Feydner, par Parrot; mais ces auteurs ont utilisé la technique de Barsoum et Gaddum qui est si délicate qu'ils n'ont pu étudier qu'un petit nombre de malades. C. a employé la technique de Schwartz: extraction par la permutite et recherche par le réactif de Pauly; la réaction n'est positive que lorsque le sérum contient au moins un gamma d'histamine par centimètre cube; elle est normalement négative car la teneur normale du sang en histamine est inférieure. Sur 35 asthmatiques examinés en crise ou peu après une crise, C. n'a trouvé qu'une fois une réaction négative; chez les autres, l'histaminémie était nettement augmentée, allant de 1 à 2,2 gamma par centimètre cube; ces chiffres sont très supérieurs à ceux que la technique de Barsoum et Gaddum a donnés aux auteurs qui ont déjà étudié l'histaminémie des asthmatiques, mais ces auteurs avaient déjà signalé l'augmentation de l'histaminémie. Par contre, C. n'a pas réussi, contrairement à Parrot, à déceler l'histamine dans l'urine des asthmatiques, ce qui est d'ailleurs conforme à ce que l'on sait du métabolisme de l'histamine qui ne paraît jamais être excrétée par les reins. Chez 12 tuberculeux non asthmatiques pris comme témoins, C. a trouvé 11 réactions négatives et une positive (1 gamma par centimètre cube).

Lucien Rouquès.



EUPHORYL

Cachets - Dragées - Intraveineux - Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*

SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ¼ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL INFANTILE

(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age

HIRUDINASE

(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" DE PARIS — ANA — *transférés pour la durée des hostilités :* 34, Av. Victor-Hugo, PARTHENAY (D.-S.)

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Milan)

Santi Giuffrida (Catane). ***Gigantisme et macrosomie fœtales (contribution, clinique)*** [*Annali di ostetricia e ginecologia*, t. **61**, n° 9, 30 Septembre 1939, p. 1031-1048]. — Description d'un cas de gigantisme fœtal; poids 6.550 *g.* après vacuité de la vessie et de l'intestin; longueur 65 *cm.* La macrosomie est importante : foie de 425 *g.* (norm.: 107), cœur, 44 *g.* (norm.: 17,5); thymus, 27 *g.* (norm.: 8,5); rate, 25 *g.* (norm.: 7); reins, 35 *g.* (norm.: 22); poumons, 75 *g.* (norm. 54); surrénales, 23 *g.* (norm.: 5,27); thyroïde, 8 *g.* (norm.: 2,45). Il s'agissait du 11° enfant d'une famille où survivaient déjà 5 enfants absolument normaux. Aucune étiologie précise dans ce cas exceptionnel de gigantisme.

Sur 5.126 accouchements à terme, G. a observé 11 cas de gigantisme: 10 concernaient des fœtus dont le poids allait de 5.000 à 6.000 *g.*; le cas ici décrit 6.550 *g.* est de volume unique dans la collection de la clinique obstétricale de Catane.

319 enfants avaient à leur naissance un poids de 4.000 à 5.000 *g.* (macrosomies).

Le sexe mâle prédomine parmi les fœtus géants (82 pour 100). Sur les 319 cas de macrosomies, 204 (67 pour 100) étaient des enfants de sexe masculin.

Sur 330 mères, 34 étaient des primipares (10 pour 100) et 296 des pluripares (90 pour 100).

4 accouchements concernant les 11 fœtus géants furent entociques; dans 7 cas des applications de forceps furent nécessaires.

La mortalité des fœtus géants a atteint 27 pour 100 ; dans les cas de macrosomies elle fut de 6 pour 100.

Les présentations furent les suivantes: gigantisme, 64 pour 100 de présentation céphalique, 27 pour 100 d'épaules, 9 pour 100 de bassins; macrosomies, 93 pour 100 de têtes, 5 1/2 pour 100 de bassins, 1 1/2 d'épaules.

La durée de la grossesse a excédé 13 fois pour 100 280 jours; 19 pour 100 elle a été raccourcie de 10 à 15 jours.

MARCEL ARNAUD.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Bologne)

I. Mingazzini (Milan). ***Sur la valeur du critère histologique dans le pronostic des cancers de l'estomac*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, t. 55, n° 3, Février 1939, p. 213-243). — Après un exposé général et critique très complet des diverses classifications anatomo-pathologiques déjà proposées, M. donne les constatations qu'il a effectuées dans le service du Professeur Donati.

297 cancers gastriques ont été dépistés et observés en 6 ans. 106 cas (soit 35 pour 100) étaient d'emblée inopérables. Parmi les 191 cas opérés, 55 n'ont pu subir qu'une laparotomie exploratrice (29 pour 100) ; 77 eurent une gastro-entérostomie (40 pour 100); 59 furent gastrectomisés (31 pour 100).

C'est l'étude de ces 59 opérés qui retient surtout l'attention. Ainsi faut-il remarquer :

1° Les *localisations* de la tumeur. 26 fois la lésion était étendue au pylore et à l'antre. 9 fois le cancer se limitait à la petite courbure et 8 fois il diffusait de la petite courbure vers l'antre. Dans 5 cas il se limitait au pylore et dans 5 autres cas à l'antre. 5 fois il avait débuté sur la grande courbure et 1 seule fois sur la face postérieure de l'estomac.

2° *L'opération de l'exérèse* a consisté en une ample résection terminée par gastro-jéjunostomie termino-latérale. 28 fois il fallut enlever le grand épiploon dans sa totalité. 1 seule fois on dut faire une gastrectomie totale avec œsophago-jéjunostomie.

Il est à remarquer que dans un cas survint un épithélioma chez un sujet gastro-entérostomisé cinq ans plus tôt pour un ulcère de la petite courbure, qui nécessita une opération complexe.

3° *Les suites opératoires* immédiates paraissent bonnes. 8 morts post-opératoires (14 pour 100) sont dues à des complications broncho-pulmonaires.

Les suites tardives sont les suivantes : 2 décès dans la première année, 9 dans la seconde, 4 dans la troisième (15 décès au total dans les trois premières années).

Actuellement 20 opérés survivent (les résultats sont inconnus dans 16 cas) : 1 est opéré depuis six ans; 1 depuis cinq ans; 2 depuis quatre ans; 5 depuis trois ans; 3 depuis deux ans et 8 depuis un an.

4° *Les types anatomo-pathologiques* ont été les suivants :

25 cas d'adéno-épithéliomes de type favorable ; 18 ont été suivis régulièrement, 11 survivent après trois ans (61 pour 100);

16 cas d'adéno-épithéliomes de type défavorable, avec infiltration tumorale dans la tunique musculaire ;

Sur 9 cas suivis, 4 survivent (44,4 pour 100);

5 cas suivis, avec 3 survivants, d'épithéliomas atypiques, médullaires ou alvéolaires;

8 cas d'épithéliomas gélatineux ou colloïdaux;

3 cas de linites plastiques;

2 cas d'épithéliomas fibreux de type squirrhe.

Une importante bibliographie termine cet article.

MARCEL ARNAUD.

ARCHIVIO ITALIANO DI MEDICINA SPERIMENTALE

(Torino)

Carlo Monticone. ***La cétonémie dans les lésions expérimentales du rein*** (*Archivio italiano di Medicina sperimentale*, vol. **4**, n° 1, Juin 1939, p. 45-49). — M. a recherché l'action de la néphrectomie unilatérale et de la résection d'une moitié de l'autre rein sur la cétonémie des lapins. Il a vu que la néphrectomie et la résection causent sans doute une remarquable augmentation des corps cétoniques du sang, et il a mis en évidence quelle est l'importance de la fonction du métabolisme du rein sur la production des corps cétoniques, soit-elle causée par une diminution de leur oxydation, ou bien par une diminution de l'oxydation des acides gras du côté du tissu rénal.

H. SCHAEFFER.

ATTUALITA DI SCIENZE MEDICHE SUPPLEMENTO DELL' ARCHIVIO ITALIANO DI MEDICINA SPERIMENTALE

(Torino)

V. Consiglio. ***Pathogénie de l'emphysème sous-cutané consécutif aux traumatismes du thorax (étude clinique et contribution expérimentale)*** [*Attualità di scienze, mediche supplemento dell'archivio italiano di medicina sperimentale*, t. **17**, 1939, Torino, 1 vol., p. 52]. — Cet intéressant mémoire contient une bonne revue générale des diverses explications actuellement admises.

Ayant observé, chez un enfant, à la suite d'une blessure thoraco-pulmonaire superficielle, un emphysème sous-cutané localisé au côté du thorax blessé, sans pneumothorax, ni symphyse pleurale, C., formule l'hypothèse suivante : la blessure de quelques alvéoles, ou même de bronchioles à la périphérie du poumon, produit d'abord un emphysème interstitiel sous-pleural. Celui-ci, à travers le tissu conjonctif situé sous la plèvre viscéro-pariétale, contourne les plèvres médiastinales, diaphragmatiques et costales, atteint le tissu aréolaire intermusculaire qui entoure les vaisseaux de la paroi thoracique et, de là, infiltre le tissu sous-cutané. Trois séries d'expériences, faites sur 26 lapins et 2 chiens, ont permis à C., de vérifier l'exactitude de cette proposition.

CLAUDE OLIVIER.

GIORNALE ITALIANO DI ANESTESIA E DI ANALGESIA

(Turin)

A. Botto Micca (Bengasi). ***Sur 1.500 anesthésies intra-veineuses à l'évipan sodique*** (*Giornale Italiano di Anestesia e di Analgesia*, an. **5**, n° 1, Mars 1939, p. 165-206). — A l'hôpital colonial de Bengasi, B. M. a donné 1.500 anesthésies intraveineuses à l'évipan sodique, sans une mort. Il insiste sur la nécessité d'injecter lentement une dose individuelle impossible à déterminer d'avance.

Les 1.500 anesthésies ont été administrées :

690 fois à des malades de consultation.

810 fois à des malades hospitalisés. Chez ces derniers, il convient d'injecter, 1 heure avant l'intervention, de l'atropine-morphine qui procure une anesthésie plus calme et plus prolongée.

La méthode est peu satisfaisante pour les interventions sur la sphère génitale de l'homme, par contre elle convient, contrairement à l'opinion de certains auteurs, pour les opérations ano-périnéales.

L'évipan qui, à dose chirurgicale, n'a pas d'action sur la circulation, peut provoquer des syncopes respiratoires dont on triomphe grâce à la lobéline et à la respiration artificielle (2 cas observés).

Le climat africain, la race et le sexe sont sans influence sur la narcose à l'évipan.

Contre-indication : les maladies du foie.

G. JACQUOT.

P. Frattini (Turin). ***L'anesthésie intra-veineuse par les barbituriques. Etude clinique basée sur 1.600 cas*** (*Giornale Italiano di Anestesia e di Analgesia*, an. **5**, n° 2, Juin 1939, p. 223-291). — De 1934 à 1936, F. a utilisé 361 fois l'évipan pour l'anesthésie intra-veineuse; dans le cours de l'année 1937, il a donné 92 fois l'évipan contre 422 fois l'eunarcon; enfin, en 1938, et pendant le premier semestre de 1939, il a employé uniquement l'eunarcon (744 fois).

Une centaine d'anesthésies intra-veineuses pour de courtes interventions de consultation ne figurent pas dans cette statistique.

F. insiste sur l'importance de la pré-anesthésie par le dilaudid-scopolamine qui, administrée de 1 à 2 heures avant l'intervention, permet une économie importante d'anesthésique. Les insuccès sont rares (8 pour 100 avec l'évipan, 3 pour 100 avec l'eunarcon), les vomissements très rares, les complications pulmonaires exceptionnelles.

Les raisons qui ont fait préférer l'eunarcon à l'évipan sont les suivantes : son élimination est beaucoup plus rapide, on n'observe pas de tremblement pendant l'opération ni d'agitation au réveil, les différences individuelles de dose sont beaucoup plus faibles, la résolution musculaire est obtenue avec des quantités d'anesthésique beaucoup moins importantes.

Ajoutons que 22 anesthésies intra-veineuses (7 à l'évipan et 15 à l'eunarcon), pratiquées chez des femmes à divers stades d'une grossesse, ont été sans inconvénient sur son évolution.

On a déjà signalé les avantages indiscutables de l'anesthésie intra-veineuse en chirurgie de guerre. Muntsch ayant observé expérimentalement une action curatrice des barbituriques sur l'œdème pulmonaire, ils trouveront donc probablement des indications pour l'anesthésie des blessés gazés.

G. JACQUOT.

DIGILANIDE

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c.c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 8 à 10 jours consécutifs.
SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.
AMPOULES : Voie veineuse : Une injection de 4 c.c. par jour pendant 2 à 3 jours. Voie intramusculaire : 1 ampoule de 2 c.c. une à deux fois par jour.
DRAGÉES : 1, trois fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, Rue Vernier, PARIS (XVIIe) — B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie.

LA QUALITÉ BIEN CONNUE DE

L'ENDOPANCRINE

SE RETROUVE DANS

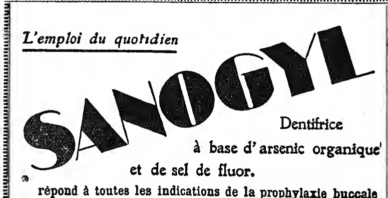
L'ENDOTHYMUSINE

(EXTRAIT DE THYMUS)

RETARDS DE CROISSANCE
ECTOPIES TESTICULAIRES
DYSMÉNORRHÉE ET AMÉNORRHÉE
OBÉSITÉ DE LA PUBERTÉ

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XVe)





NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

A. Verjaal. ***Le traitement de l'épilepsie par le régime cétogène*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 2602-2608). — La diète cétogène est utilisée depuis 1932 dans la clinique de Ledebooer et les résultats ainsi obtenus sont exposés en détail par V. Ce traitement exige qu'on s'occupe de chaque malade avec un soin particulier et il faut également que le malade collabore de bon gré au traitement.

Pour calculer le régime, on se fonde sur une formule établissant le rapport entre les principes alimentaires cétogènes (graisses) et les principes anticétogènes (protéines et hydrates de carbone). On commence, au début, par donner autant de grammes de l'un que de l'autre groupe; le rapport est alors 1:1; puis, au bout de 5 à 10 jours, suivant les réactions du malade, on fait passer cette proportion à 1,5:1 ou à 2:1. Le maximum est de 3:1 ou de 3,5:1. Par cette progression, on évite la cétose qui survient quand on passe brusquement de l'alimentation normale à une alimentation au pouvoir fortement cétogène.

La cétose se développe d'une façon variable suivant les sujets. En général, elle est légère pour un rapport 1,5:1 et quand le rapport est 2,5:1 ou 3:1, la teneur en acétone de l'urine atteint 0,01 à 0,03 par litre. Mais parfois, l'acétonurie peut être élevée pour un rapport de 1,5:1 et il y aurait alors danger à vouloir l'augmenter encore. En général, on ne doit pas laisser l'acétonurie dépasser 0,03. D'ailleurs, un contrôle médical extrêmement strict est nécessaire pour maintenir artificiellement une cétose assez forte pendant des mois ou pendant des années. Pendant la période où les analyses quantitatives n'étaient pas encore faites régulièrement, il est survenu chez un garçon de 12 ans une cétonémie très violente avec vomissements, état comateux, température élevée, pouls accéléré. Malgré l'administration d'hydrates de carbone et d'insuline, l'enfant succomba.

Ce traitement a été appliqué dans 53 cas. Sur ce nombre, il y eut 10 insuccès dus au mauvais vouloir des malades, à des maladies intercurrentes, au départ du malade, ou au fait que le régime n'a pas été supporté; sur les 43 cas restants, 15 (35 pour 100) sont restés sans accès pendant une période de 1 à 5 ans après la sortie. Dans 4 autres, le régime a réussi à faire disparaître complètement les accès qui ont reparu dès que le régime était cessé. Dans 24 cas, les résultats ont été insuffisants.

Les guérisons obtenues par les autres auteurs ont varié, comme le montre le tableau complet établi par V., de 5 à 54 pour 100. Il semble d'ailleurs que les proportions les plus faibles aient été obtenues par des auteurs qui n'ont pas appliqué le traitement d'une façon très correcte.

P.-E. Morhardt.

E. Sekir. ***Embolie de l'aorte abdominale*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 24, 17 Juin 1939, p. 2899-2904). — Cet accident n'est pas très rare. En 1921, on a pu en réunir 71 cas (Hesse) dont 55 avaient pour origine une embolie et 18 une thrombose primitive de l'aorte. Presque tous ces cas ont été autopsiés. L'origine de l'embolie était le cœur dans 33 cas et un anévrisme dans 22 cas. A ces observations s'en ajoute une de Snapper et une de Weisz et Stroomann.

Le cas que S. a eu l'occasion d'observer lui-même concerne un homme de 43 ans qui fut traité pour thrombangite oblitérante. En 1932, il apparut de la gangrène des trois premiers orteils et il fallut procéder à une opération de Lisfranc à gauche. L'année suivante, il apparut de la nécrose à droite et, comme les douleurs augmentaient, on procéda à une sympathitectomie lombaire bilatérale transpéritonéale. A la suite de cette intervention, les douleurs des jambes disparurent complètement. D'autre part, ce malade avait contracté la syphilis à 18 ans et, vers 30 ans, s'était mis à fumer et à boire beaucoup. A l'entrée à l'hôpital, on constata qu'il s'agissait d'un sujet très dyspnéique. La sédimentation était très accélérée, la réaction de Wassermann était négative. Le diagnostic de maladie de Buerger fut confirmé et l'état s'aggrava peu à peu et la mort survint. A l'autopsie, on constata que la mitrale était recouverte par un thrombus important et on trouva l'aorte abdominale complètement obturée par un thrombus infiltré de tissu conjonctif. Ce thrombus commençait au-dessous des artères rénales et se prolongeait dans les artères iliaques et fémorales. Les intestins ne présentaient aucun trouble de la circulation. La cause immédiate de la mort avait été une pneumonie lobaire.

Il semble, au total, que cet homme avait eu primitivement une endocardite ayant pour origine une amygdalite contractée à l'âge de 27 ans. Sur les lésions de la mitrale il se forma un thrombus qui, à son tour, donna naissance à une embolie survenue vraisemblablement au moment où les douleurs abdominales exigèrent une laparotomie. Il semble donc que les embolies de l'aorte n'aient pas nécessairement un cours foudroyant.

P.-E. Morhardt.

J. Pinkhof. ***La concentration de la sulfanilamido-pyridine dans les humeurs de l'œil chez le lapin*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 29, 22 Juillet 1939, p. 3711-3717). — Les observations faites avec les sulfanilamides et plus spécialement avec le benzol-sulfanilamide pyridine (M. et B. 693 ou dagénan) ont montré que des résultats remarquables sont obtenus dans de nombreuses affections oculaires et notamment dans la conjonctivite blennorragique du nouveau-né ou de l'adulte, dans le trachome, dans les abcès et les phlegmons de l'orbite et même dans les infections intraoculaires.

Jusqu'ici, cependant, on n'a guère étudié la concentration du médicament dans les milieux oculaires. P. a donc procédé à des recherches sur des lapins auxquels il fut administré une dose de 100 *mg.* par kilogramme. Ensuite, il fut procédé à plusieurs reprises à des ponctions de l'humeur aqueuse et à la récolte du liquide lacrymal ainsi qu'à une ponction sanguine. Les trois liquides ont été soumis à l'analyse et on a pu constater que, dans le sang, la proportion s'élevait, au bout de 2 heures et demie, au voisinage de 3 *mg.* pour 100 *g.* Dans les larmes, elle a varié de 1.38 à 3.1, soit en moyenne 60 pour 100 de ce qui était trouvé dans le sang. Dans l'humeur aqueuse, elle a été de 0,63 à 0,85 et, dans 2 cas à 1,25 et 1,1: une fois l'animal présentait un début d'iritis et l'autre fois il avait été soumis à une intervention importante. Dans ces 2 cas, la barrière sang-chambre antérieure était anormalement perméable. Les humeurs recueillies au bout de 1 heure et demie donnaient des chiffres généralement plus faibles et celles qui étaient recueillies 3 heures et demie ou 5 heures et demie après l'administration donnaient les mêmes chiffres. Chez un animal, une ponction du corps vitré a permis de trouver une proportion de 0,33 contre 0,31 dans l'humeur aqueuse et 2,2 dans le sang.

Il a été également procédé à des expériences pour essayer d'augmenter le taux du médicament dans les milieux oculaires. Les injections sous-conjonctivales de solutions hypertoniques n'ont pas donné de résultats nets. Une pommade à base de sulfanilamidopyridine (0,15 pour 5 *g.*) n'a pas permis de faire pénétrer le médicament dans l'humeur aqueuse.

Les injections, dans la chambre antérieure, d'une suspension à 1/4 pour 100 ont permis de porter la concentration de l'humeur aqueuse à 0,54 *mg.* pour 100 *g.* Mais cette concentration s'abaisse rapidement et atteint 0,26 au bout de 2 heures. Il semble donc que l'humeur aqueuse se défende mieux que le liquide céphalo-rachidien contre une élévation de la concentration du 693.

P.-E. Morhardt.

B. Brahn et **T. Langner.** ***Un suppositoire actif d'insuline*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 30, 29 Juillet 1939, p. 3784-3791). — Il est établi qu'au cours de l'administration *per os*, l'insuline est détruite en milieu acide par les ferments peptiques et, après administration rectale, en milieu alcalin, par les ferments tryptiques. Des recherches ont donc été entreprises par B. et L. pour savoir si on arrivait à supprimer les inconvénients de l'administration rectale, en empêchant la trypsine de détruire l'insuline.

Il a pu être ainsi constaté tout d'abord que des suppositoires faits avec du beurre de cacao et de l'insuline en poudre, sont inactifs aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Par contre, en ajoutant de l'acide à la préparation de beurre de cacao et d'insuline, on arrive à conserver son activité à l'hormone, c'est-à-dire, à la protéger contre l'action tryptique.

De nombreux acides ont été essayés. L'acide lactique et l'acide palmitique se sont montrés à cet égard les plus actifs. Avec ce dernier qui fond à 60° on obtient en le mélangeant avec le beurre de cacao dans la proportion de 15:85, un produit qui fond à 33°. L'adjonction de saponine renforce l'activité de ces suppositoires, aussi bien au point de vue intensité que durée. On a eu recours, pour cela, à diverses plantes (saponaire, gaïac, marronnier d'Inde). C'est la saponine de la saponaire qui a donné les meilleurs résultats. Avec ces préparations, on est arrivé, par exemple, à faire tomber la glycémie de 100 à moins de 60 *mg.* pour 100 *g.*

P.-E. Morhardt.

B. Brahn et **T. Langner** (Utrecht). ***Le decurvon, une pectine-insuline à action prolongée*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 38, 23 Septembre 1939, p. 4621-4631). — Avec la protamine-insuline, on crée un dépôt qui abandonne son principe actif avec une rapidité qui dépend de beaucoup de facteurs et notamment de la composition des liquides interstitiels parce qu'il se réalise une combinaison entre l'insuline et la protamine. Avec la pectine, par contre, l'insuline reste parfaitement en solution. De plus, la protamine-insuline sensibilise le malade. Ces inconvénients se retrouvent également avec la protamine-zinc-insuline et avec les insulines additionnées de surfène.

En fait de mélange d'insuline avec des colloïdes visqueux, on a déjà eu recours à l'agar-agar, à la gomme arabique et à la gélatine. La gélatine qui donne de bons résultats chez l'animal est inutilisable chez l'homme parce qu'elle provoque des douleurs au lieu d'injection.

La pectine qui a été utilisée par B. et L. est principalement constituée par un oxyméthyl-ester de l'acide galacturonique. L'innocuité de ce corps est d'ailleurs démontrée par le fait qu'il a été très employé dans une préparation injectable (sangostop). Des préparations d'un pH de 4 à 4,4, contenant 4 à 5 pour 100 de pectine se sont montrées les plus efficaces (décurvon). Deux cents expériences ont été faites chez le lapin. On arrive ainsi à obtenir, chez l'animal, une courbe de glycémie qui, au bout de 8 heures, n'est pas encore revenue au chiffre initial.

Chez les sujets d'expérience normaux, la courbe de la glycémie n'atteint son point minimum, avec l'insuline ordinaire, qu'au bout d'une heure. Après l'injection de la pectine-insuline, ce point ne survient qu'au bout de 3 heures.

L'adjonction de zinc à la dose de 1 pour 1.000 ne modifie pas cette courbe.

Dans ces divers cas, les injections ont été faites sous la peau. Après administration intraveineuse, on

COLI-BACILLOSES ET TOUTES INFECTIONS - PARASITES INTESTINAUX

MICROLYSE

QUATRE FORMES = *Comprimés (3 par jour).*
Suppositoires pour Enfants et Adultes.
Tablettes pour lavages vésicaux et vaginaux.
Ovules pour gynécologie.

ÉCLAIRCIT les urines
ABAISSE la température
CALME la douleur

LABORATOIRES DE LA MICROLYSE, 10, Rue de Strasbourg, PARIS (Xe)

FOSFOXYL
Carron

TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE DE SODIUM (C^{10} H^{16} PO^{3} Na)

MÉDICATION PHOSPHORÉE POUR ADULTES & ENFANTS
ACTIVITÉ MAXIMA

INDICATIONS :

CARENCE PHOSPHORÉE
INSUFFISANCES GLANDULAIRES
MALADIES DE LA NUTRITION
TROUBLES DE L'OSSIFICATION
SURMENAGES INTELLECTUELS
CONVALESCENCES

3 FORMES
D'ÉGALE ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

SIROP DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures
LIQUEUR DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures
(indiquée pour diabétiques)
PILULES DE FOSFOXYL
8 pilules par 24 heures

POSOLOGIE POUR ENFANTS
(consulter la littérature)

Laboratoire CARRON — 69, Rue de Saint-Cloud — CLAMART (Seine)

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané

ABCÈS-PHLEGMONS
FURONCLES



DERMATOSES-ANTHRAX
BRÛLURES

REG.COMM.PARIS 75.453

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, et toutes Pharmacies.

a constaté que la pectine-insuline provoque une hypoglycémie de même ordre que l'insuline ordinaire, les effets étant aussi prolongés avec l'une qu'avec l'autre. La courbe ainsi obtenue ne fait d'ailleurs pas de crochet au moment où elle commence à remonter, mais s'élève plus progressivement. Ces constatations permettent d'admettre que, dans le coma diabétique, la pectine-insuline par voie intraveineuse peut être employée aussi bien que l'insuline ordinaire.

P.-E. Morhardt.

C. L. de Jongh (La Haye). ***Le traitement de l'asthme bronchique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 38, 23 Septembre 1939, p. 4649-4652). — On admet que l'accès d'asthme a pour origine un trouble pathologique des petites bronches dû soit à un spasme des fibres lisses, soit à une altération de la muqueuse, soit encore à l'un et à l'autre. Mais nous savons, comme le voulait déjà Trousseau, qu'un trouble du psychisme peut également provoquer de l'asthme. En tout cas, chez les jeunes malades, l'entrée à l'hôpital suffit souvent pour obtenir la guérison. Sur 32 patients de moins de 20 ans, il en est 26 qui n'eurent plus aucun accès à l'hôpital. Même chez les sujets âgés, il arrive que le séjour à l'hôpital ait un effet favorable, surtout si le malade est isolé.

J. rappelle à ce propos le travail de Coneybeare et Witts qui ont traité 127 asthmatiques par des injections salées physiologiques à des doses croissantes de 0,1 à 1 cm^3 et qui ont obtenu en 2 mois, 19 améliorations importantes et 40 améliorations légères. Bien que la thérapeutique spécifique ait des résultats supérieurs, ceux-là doivent cependant être pris en considération.

Ce qui est important dans le traitement de l'asthme, c'est d'abord le diagnostic fondé sur un examen du thorax aux rayons de Roentgen et sur un examen neurologique approfondi. La bronchite aiguë ou chronique peut susciter de nouveaux accès, de sorte qu'un traitement à l'iodure de potassium ou par un auto-vaccin peut donner de bons résultats. En cas d'asthme non compliqué, il existe de nombreux procédés utilisables et notamment la thérapeutique anti-allergique. Mais aucune de ces méthodes n'est complètement satisfaisantee, comme le montrent les nouvelles méthodes qu'on imagine sans cesse.

P.-E. Morhardt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

P. Schultzer et **H. Lebel** (Copenhague). ***Tétanie spontanée par hyperventilation*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **101**, nos 2-3, 27 Août 1939, p. 303-314). — S. et L. rappellent les symptômes de la tétanie par hyperventilation et décrivent la tétanie spontanée par hyperventilation, moins rare que l'on ne croit et qui peut revêtir deux types.

Dans le premier, la tétanie s'installe seulement après une période d'hyperventilation qui aurait également produit la tétanie chez un sujet normal. C'est le cas de la tétanie observée à la suite d'un accès d'asthme ou lors de diverses affections cérébrales ou chez des cardiaques chez lesquels des sensations désagréables ont donné lieu à une respiration forcée. Dans l'autre type, la tétanie s'installe déjà après une hyperventilation modérée qui ne produirait pas de tétanie chez des sujets normaux. Il faut alors invoquer une hypersensibilité comme facteur surajouté à l'hyperventilation. Il s'agit presque toujours de sujets nerveux exposés accidentellement à des traumatismes physiques ou psychiques et qui y ont répondu par une respiration forcée plus ou moins manifeste.

S. et L. relatent un exemple de chacun de ces deux types de tétanie spontanée par hyperventilation. La première patiente, une femme nerveuse de 37 ans, était sujette à des crises de palpitations qu'elle combattait par une série de respirations profondes. La seconde, une grande nerveuse de 17 ans, était une hypersensitive qui présentait déjà des signes de tétanie manifeste après quelques minutes d'hyperventilation (au lieu de 15 minutes d'ordinaire chez les sujets normaux). Chez aucune de ces deux femmes on ne put mettre en évidence de modifications du calcium total ni du calcium ionisé du sérum durant la crise de tétanie. D'autre part, on constatait, comme dans d'autres cas analogues, une élévation du p_H du sang. Cette alcalose contemporaine de la crise n'était que légère chez la patiente présentant de l'hypersensibilité. Chez cette dernière le calcium total et le calcium ionisé du sérum s'élevaient au-dessus du taux normal lors d'une injection intraveineuse de chlorure de calcium ; néanmoins la tétanie se montra aussi facilement après l'hyperventilation.

La psychothérapie est à la base du traitement.

P.-L. Marie.

E. Wang (Oslo). ***Recherches cliniques et expérimentales sur le métabolisme de la créatine*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **105**, 1939, p. 338). — Le but de ce travail a été de rechercher l'origine et la signification de l'augmentation de l'élimination de la créatine qu'on observe dans un si grand nombre d'états si divers, et de voir si cette augmentation a une valeur clinique et diagnostique.

Les recherches de W. ont porté sur l'urine humaine, le sérum sanguin humain et le muscle du lapin. Les sujets étaient soumis au régime alimentaire normal de l'hôpital. Dans ces conditions l'élimination de la créatine ne dépasse pas 100 *mg.* par jour chez l'homme et 200 *mg.* chez la femme, avec une moyenne de 18 et 48 *mg.* respectivement.

Dans la thyréotoxicose et dans le myxœdème, W. a trouvé que la créatinurie est indépendante du métabolisme basal, mais qu'elle est en rapport avec une certaine action de la thyroxine elle-même. Dans la thyréotoxicose la créatinurie décroît à peu près parallèlement à l'amélioration clinique apportée par l'iode. La diminution de l'élimination de la créatinine constatée chez ces malades est parallèle à la gravité du cas; elle n'est pas modifiée par le traitement, contrairement à celle de la créatine.

W. examine ensuite des cas de fièvre d'origines diverses où l'on trouve souvent de la créatinurie. Toutefois celle-ci n'est pas proportionnelle à l'intensité de la fièvre; elle semble se produire surtout dans les cas où l'état général est gravement touché. D'ordinaire l'élimination de la créatinine est basse dans les états fébriles.

W. étudie ensuite la créatinurie dans divers états pathologiques: urémie, maladies du sang, hypertension, asystolie. Il n'a pu mettre en évidence de rapport spécial de la créatine avec ces états, mais la créatinurie semble être fréquente chez les sujets ayant un état général grave.

Dans certains cas de phlébite profonde on trouve une créatinurie élevée qui se montre parallèle à l'évolution de signes cliniques. L'élimination de la créatinine reste basse dans cette affection.

Chez les sujets atteints de paralysies consécutives à une poliomyélite on constate de la créatinurie; celle-ci est proportionnelle à l'étendue et à la sévérité de l'affection. Durant la convalescence elle diminue parallèlement à l'amélioration. Par contre, la créatinurie diminue pendant la première période de la paralysie dans les cas accentués.

W. envisage ensuite diverses affections musculaires et d'autres troubles: fractures, arthrite avec atrophie musculaire et sciatique. On observe de la créatinurie chez le second groupe de malades et, en partie, dans le premier et le troisième groupe. W. croit qu'elle est due à une lésion des muscles.

W. a administré de la créatine à des sujets ayant une créatinurie endogène de degré varié. L'élimination consécutive de la créatine exogène s'est montrée indépendante de la créatinurie endogène.

Il a également tenté de déterminer la teneur du sérum en créatine au moyen de la colorimétrie avec le photomètre de Pulfrich chez des sujets présentant une créatinurie d'intensité variée. Il a vu que la créatinémie est élevée dans les cas de créatinurie, mais la technique ne permet pas de mesures suffisamment précises.

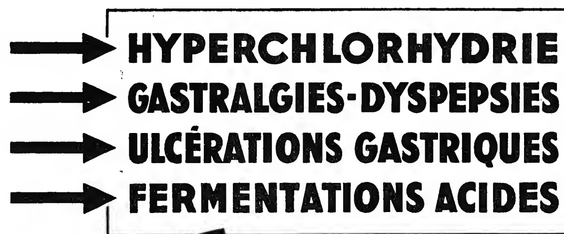
W. a déterminé la teneur en créatine et en phosphocréatine des muscles du lapin normal. Ces deux substances, chez les animaux ayant reçu des injections de thyroxine pour produire de la thyréotoxicose, se montrèrent diminuées. L'injection intraveineuse de créatine ne modifie pas le taux de la créatine musculaire. Chez les lapins ayant reçu à la fois de la thyroxine et de la créatine, les chiffres trouvés furent semblables à ceux notés chez les animaux présentant de la thyréotoxicose. Là encore, la créatine administrée se montre sans influence. Chez d'autres lapins la thyroïde fut enlevée; on trouva alors des taux de créatine un peu supérieurs à la normale; c'est la contre-partie de ce que l'on voit dans la thyréotoxicose.

W. en arrive aux conclusions suivantes: Une créatinurie élevée est due à la mobilisation et à la diminution de la créatine des muscles qui est transportée au rein par le sang. La créatinurie est donc un phénomène totalement dénué de spécificité.

La diminution de la créatine dans l'urine offre une importance clinique en ce qu'elle permet de juger de l'état des muscles présentant des désordres divers.

Il se peut que le métabolisme de la créatine soit soumis de façon continue à une influence hormonale qui expliquerait certains traits de l'élimination de la créatine.

P.-L. Marie.



SEL DE HUNT

ANTI-DYSPEPTIQUE
ANTI-GASTRALGIQUE
RÉGULATEUR NORMAL
DE L'ACIDITÉ GASTRIQUE
DES FONCTIONS DIGESTIVES

SEL DE HUNT
COMPOSÉ
GRANULÉ FRIABLE

DÉPÔT CENTRAL

LABORATOIRE
ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers
PARIS

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

P. Ameuille et **G. Canetti.** ***L'extinction des réactions tuberculiniques*** (*Le Bulletin médical*, t. 53, n° 50, 16 Décembre 1939, p. 829-833). — On a longtemps admis que la sensibilité tuberculinique est une acquisition définitive persistant avec quelques fluctuations jusqu'à la fin de l'existence. En réalité, les faits d extinction des réactions tuberculiniques sont assez nombreux. Chez des vieillards de plus de 80 ans, J. Troisier, Develay et Weiss-Roudinesco ont trouvé 11 pour 100 de cutiréactions négatives, 11 pour 100 de réactions frustes et 18,5 pour 100 de réactions retardées, taux supérieurs à ceux de la quarantaine. De nombreux auteurs ont observé chez l'adulte et chez l'enfant des cutiréactions et des intradermo-réactions négatives ou la dissociation des deux épreuves chez des sujets présentant des calcifications radiologiques. Certaines de ces observations d'extinction de la sensibilité tuberculinique sont passibles du reproche de n'avoir pas été poussées jusqu'à des concentrations de tuberculine intra-dermique suffisante, mais dans l'ensemble, ces faits établissent que la sensibilité tuberculinique laissée par la première infection peut s'éteindre complètement.

Ceci est confirmé par des faits expérimentaux et bactériologiques. Chez des animaux moins sensibles que le cobaye, il n'est même pas besoin d'infection à bacilles atténués pour que l'allergie tuberculinique disparaisse complètement. Ces négativations correspondraient à la stérilisation des lésions tuberculeuses. Chez l'homme, l'extinction de la sensibilité tuberculinique surviendrait après la guérison bactériologique de l'infection et la disparition d'une certaine réactivité résiduelle qui persiste après la disparition des bacilles. Si la presque totalité des adultes de nos régions réagissent à la tuberculine, c'est que, chez la grande majorité d'entre eux, d'autres épisodes tuberculeux, eux aussi bénins et abortifs, surviennent au cours de la vie et rallument la sensibilité tuberculinique consécutive à la première infection.

Ces faits montrent l'importance des épisodes de réinfection, leur universalité et leur multiplicité.

Robert Clément.

A. Rouquier. ***Les fonctions du lobe préfrontal, son rôle moteur homolatéral*** (*Le Bulletin médical*, t. 54, n° 5, 3 Février 1940, p. 41-47). — Des recherches physiologiques poursuivies chez le chimpanzé, le chien, le pigeon: excitation, extirpation ou destruction des centres préfrontaux et des observations cliniques faites chez des blessés de guerre ou des traumatisés récents, ont permis de préciser dans une certaine mesure le rôle des circonvolutions préfrontales.

On trouvera dans cet intéressant article des détails sur les expériences physiologiques pratiquées depuis une cinquantaine d'années et sur les constatations cliniques comparées aux lésions anatomiques. Elles permettent de conclure que les circonvolutions préfrontales jouent un rôle d'une importance capitale dans la statique de la tête et du front, le mécanisme des réflexes qui les fixent ou en régularisent les mouvements.

Si les circonvolutions préfrontales sont particulièrement développées chez l'homme et représentent chez lui une part considérable du poids total du cerveau, c'est, le point de vue intellectuel mis à part, parce que l'homme se tient debout et que les mouvements de ses mains et de ses pieds sont délicats, précis, plus rapides et mieux coordonnés que ceux de n'importe quel animal. Les circonvolutions préfrontales font partie intégrante de l'appareil vestibulaire, qui est bien plus que le vernis l'appareil de l'équilibration. Leur action est nettement à prédominance homo-latérale sur les muscles moteurs des extrémités. Ce sont des centres moteurs secondaires qui perfectionnent en quelque sorte, en les adaptant à leur fin, les mouvements complexes difficiles et rapides des membres. Une lésion préfrontale se manifeste, en même temps que par la gêne des mouvements rapides des mains et des pieds homolatéraux, par une diminution de la force musculaire des membres du côté correspondant. Elle peut entraîner des troubles voisins de ceux qu'on observe chez les parkinsoniens : amimie, faciès figé, tremblements, hypertonie et roue dentée du côté malade, réaction dysmyotonique bilatérale, mais prédominante du côté lésé.

Robert Clément.

P. Baize. ***L'obésité prépubertaire*** (*Le Bulletin médical*, t. 54, n° 8, 24 Février 1940, p. 78-84). — Du groupe des obésités infantiles, on peut isoler une forme bien caractérisée, l'obésité prépubertaire. C'est une obésité modérée, associée à un retard ou à une insuffisance du développement génital, apparaissant plusieurs années avant la date normale de la puberté et disparaissant spontanément à l'établissement de celle-ci.

Le poids est augmenté non seulement par rapport à celui des enfants normaux, mais par rapport à la taille. L'adiposité est essentiellement tronculaire, la face arrondie, le ventre, les hanches et les cuisses sont particulièrement élargis et envahis par la graisse.

L'asthénie physique et psychique est loin d'être la règle, le métabolisme basal est le plus souvent normal ou légèrement abaissé.

L'évolution se fait normalement vers la guérison qui se produit de façon spontanée à partir du moment où la puberté s'établit. L'enquête étiologique est le plus souvent négative.

Le traitement consistera en restrictions alimentaires, exercices physiques et opothérapie.

Souvent, cette obésité n'exige aucun autre traitement que la patience : la puberté se charge de tout remettre en ordre.

Robert Clément.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE (Paris)

L. Bazy et **Mme M. Jourdan.** ***Réactivation de greffes ovariennes par l'hormone gonadotrope*** (*Gazette médicale de France*, t. 47, n° 1, 1er Janvier 1940, p. 3-4). — Sur deux femmes ayant subi une hystérectomie avec castration, puis une greffe ovarienne dans la grande lèvre, il a été possible de réactiver le greffon au moyen d'injections d'hormone gonadotrope d'origine sérique.

La durée d'activité d'une greffe ovarienne varie de quelques mois à quelques années. Lorsque le greffon cesse de fonctionner, les troubles de la castration réapparaissent. Les injections d'hormone gonadotrope d'origine urinaire ne donnent qu'un résultat médiocre, disparition transitoire des troubles fonctionnels sans gonflement périodique de l'ovaire greffé. Au contraire, avec l'hormone gonadotrope d'origine sérique, il y a disparition des troubles fonctionnels et augmentation de volume périodique de la greffe.

Avec l'hormone gonadotrope d'origine sérique (6 injections, une tous les 2 jours), on peut retarder le retard des troubles ménopausiques et prolonger l'activité d'un greffon pendant une durée égale à celle de son fonctionnement après l'opération (1 an et 10 mois respectivement chez les 2 malades ainsi traitées).

On ne peut réactiver indéfiniment l'ovaire greffé, son aptitude à réagir allant en s'épuisant.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

Ch. Aubertin et **A. Hector.** ***L'agranulocytose bismuthique*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. 110, n° 20, 10-25 Décembre 1939, p. 583-592). — Les sels de bismuth employés dans le traitement de la syphilis provoquent, comme les arsénobenzènes, des accidents hématologiques du type agranulocytaire, mais d'une façon exceptionnelle. Une dizaine de cas seulement ont été publiés jusqu'à présent, ce qui constitue une proportion infime par rapport aux milliers de traitements institués.

Une nouvelle observation constatée chez une femme de 46 ans, une quinzaine de jours après une série d'injections intra-musculaires d'un sel de bismuth liposoluble, montre à nouveau la réalité de ces accidents. Elle présentait une stomatite nécrotique à prédominance unilatérale, pas d'angine, une adénopathie angulo-maxillaire, une température élevée et des râles fin d'œdème à la base du poumon. L'examen montrait 1.380.000 globules rouges, 9.000 leucocytes, absence de polynucléaires, 87 pour 100 de monocytes. Le nombre des plaquettes était tombé à 17.000. Le temps de coagulation était de 17 minutes, avec rétractilité du caillot. Malgré transfusions, injections de foie de veau et de nucléotides de pentose, il n'y eut aucune amélioration et la mort survint après 13 jours de maladie.

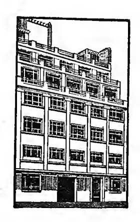
A propos de ce cas, la clinique, la pathogénie et le traitement de l'agranulocytose bismuthique sont passés en revue.

Si le bismuth est directement responsable des accidents hémopathiques, il faut peut-être cependant accorder un rôle adjuvant à d'autres facteurs, tels que le rôle d'une tare hématique latente, celui d'une carence vitaminique ou d'une infection locale.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS (Paris)

F. Terrien. ***La cécité d'origine émotive*** (*Journal des Praticiens*, t. 53, n° 50 *bis*, 20 Décembre 1939, p. 769-773). — Les émotions vives sont susceptibles de provoquer une cécité brusque et immédiate dans deux conditions. Le choc émotionnel, en troublant brusquement une circulation ou une



LES LABORATOIRES

CRINEX-UVÉ

continuent la fabrication de tous leurs produits :

OPOTHÉRAPIQUES :

CRINEX	biosymplex ovarien total	**PANPHYSEX**	bios. hypophysaire total
OREX	biosymplex orchitique total	**FLAVEX**	biosymplex luteïnique total
FRÉNOVEX	— lutéo-mammaire	**MÉTREX**	biosymplex endomyométrial

RECONSTITUANTS

Gouttes UVÉ **UVÉSTÉROL**

La qualité de ces préparations est garantie, comme auparavant, par de multiples contrôles. Les pharmaciens sont régulièrement réapprovisionnés.

LABORATOIRES CRINEX - UVÉ



1 av. du Dr Lannelongue, Paris 14e

innervation oculaire déjà déficiente, déclenche une des lésions organiques demeurées latentes. Dans d'autres cas, l'œil demeure normal et la cécité est psychique ou pithiatique.

Le type le plus net de cécité organique apparaissant à l'occasion d'une émotion est l'attaque de glaucome aigu. L'augmentation considérable du tonus du globe oculaire s'accompagne de douleurs intolérables et d'injection du globe oculaire, avec dilatation de la pupille et abolition plus ou moins complète de la vision. Malgré ces symptômes si caractéristiques, l'attaque est souvent méconnue du médecin, car elle s'accompagne de troubles généraux: nausées et vomissements. L'iridectomie demeure le traitement classique et fondamental.

Les troubles visuels d'origine vasculaire sont la conséquence de l'hypertension artérielle, des lésions qu'elle détermine et des altérations qui l'accompagnent. Les lésions d'origine centrale intéressent les deux yeux; celles d'origine périphérique portent le plus souvent sur un seul œil. Sont d'origine centrale les cécités psychiques et verbales coïncidant avec d'autres aphasies sensorielles, les vertiges, éblouissements, l'amaurose complète. L'hémianopsie n'intéresse qu'une partie de la vision, elle est d'origine vasculaire ou tumorale et le rôle de l'émotion est minime. Ou elle est essentielle, dans la migraine ophtalmique ou scotome scintillant et, alors, l'émotion a une action parfois manifeste.

Les troubles de la vision d'origine périphérique sont la conséquence de spasmes ou d'altérations des vaisseaux de la rétine, provoquant des crises de cécité passagère ou des troubles définitifs, lorsqu'il s'agit de troubles comparables à ceux du ramollissement cérébral. Le traitement de ces accidents est analogue à celui de l'angine de poitrine, on a tenté d'y associer l'injection rétro-oculaire de novocaïne.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

H. Vignes. ***Le chlorate de potasse en gynécologie et obstétrique*** (*Le Progrès médical*, t. **67**, n°s 42-43, 28 Octobre 1939, p. 1231). — Le chlorate de potasse est une des meilleures formes sous lesquelles on peut administrer du potassium. On sait le rôle de ce métal en physiologie, les effets de l'antagonisme équilibré ou de la synergie du potassium vis-à-vis du sodium, du calcium et du phosphore.

Le chlorate de potasse a été préconisé contre l'avortement habituel. V. l'a utilisé dans ce but, associé au traitement antisyphilitique, à l'opothérapie thyroïdienne. Il a « l'impression que le calcium modifie les conditions circulatoires et biochimiques de la muqueuse utérine, la rendant plus habitable pour des villosités qui ne sont pas toujours à la hauteur de leur tâche dans les cas de mort habituelle du fœtus ».

V. emploie encore ce sel dans les règles pauvres, avec quelques succès et des échecs. Il est sans effet pour faire venir les règles absentes. Pour éviter l'intolérance par la muqueuse gastrique, le chlorate de potasse est administré en comprimés glutinisés, ne se dissolvant que dans l'intestin, à la dose de 2 *g.* par jour en 4 prises.

On a encore proposé cette médication contre le kyste de l'ovaire. Il n'est pas impossible qu'elle soit utile dans ce cas, mais comme il s'agit d'une infection cyclique, on peut aussi attribuer les résultats obtenus à l'action du temps.

Robert Clément.

M. Loeper. ***Le point de côté splénique des dyspepsies*** (*Le Progrès médical*, t. 67, n°s 50-52, 23 Décembre 1939, p. 1363). — Certains sujets présentent une sensation assez spéciale, gêne plutôt que douleur vraie, sorte de point de côté occupant l'hypocondre gauche, qui apparaît une à deux heures après le repas et persiste encore cinq ou six heures. Cette sensation n'est expliquée ni par une crampe gastrique ni par l'aérophagie; elle est extra-gastrique, elle siège dans la rate. A l'écran radiologique, les malades ne montrent aucune distension anormale de l'estomac, aucune hyperkinésie gastrique. A ce moment, la matité de la rate est accrue, quelquefois l'organe devient perceptible à la palpation pendant la période digestive.

La dilatation prandiale de la rate est un phénomène physiologique; à peine perceptible chez l'homme normal, elle devient chez certains sujets appréciable, évidente et même douloureuse. Chez ces malades, la phase d'hypotension artérielle passagère qui suit l'ingestion des aliments se prolonge pendant une heure et demie à deux heures. Parallèlement, le nombre des hématies s'abaisse de 500.000 environ, alors que l'augmentation des leucocytes est plus lente et plus tardive.

Chez les simples dyspeptiques, la gêne causée par la dilatation splénique est peu durable et peu intense; chez les hépatiques, elles le devient, ainsi que chez d'anciens paludéens, d'anciens typhiques et chez les tuberculeux.

La distension splénique du repas doit entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la gêne digestive, les phénomènes douloureux sont à tort attribués à l'estomac ou au côlon.

Le traitement consiste à donner de petits repas, précédés de la prise d'un demi-milligramme d'adrénaline et en révulsifs.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

R. Dupérié, R. de Lachaud et **Mlle Rougier.** ***Néphrite mercurielle traitée par la rechloruration intensive. Guérison*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **117**, n°s 3-4, 20-27 Janvier 1940, p. 33-39). — Une femme de 21 ans, ayant absorbé un comprimé d'oxycyanure de mercure, présenta d'abord des vomissements et de la diarrhée, puis une anurie complète. Au 5e jour, elle est somnolente et agitée, avec de la stomatite, un bruit de galop et n'a dans sa vessie qu'un demi-verre d'urine boueuse. Au 7e jour, dans le sang le chlore total était de 1,98; le chlore globulaire de 1,42; le chlore plasmatique de 2,48; le rapport chloré de 0,57; l'urée atteignait 3 *g.* 50 et la réserve alcaline 54 volumes. On injecte alors à la malade 20 cm^3 de sérum salé à 20 pour 100 dans les veines. La même dose le lendemain, puis 50 cm^3, 75 cm^3, 75 cm^3, 75 cm^3 les jours suivants. Sous l'influence de la chloruration, la diurèse s'est accrue très rapidement passant de 200 cm^3 à 2 litres 500 en 4 jours, à 3 litres en 8 jours. L'azotémie a tout d'abord continué à s'élever, puis a fait une chute rapide pour revenir au chiffre normal. L'état général a été modifié d'une façon remarquablement rapide. L'élimination chlorurée s'est faite d'une manière satisfaisante passant de moins de 1 *g.* à 9 *g.*, puis 15 *g.* par 24 heures. La chlorémie s'est élevée sans cependant atteindre les chiffres normaux pendant les premiers jours.

Il est vraisemblable que l'apport de fortes quantités de sel corrige un trouble métabolique qui venait compliquer ou aggraver l'altération de la fonction rénale. Le rétablissement de la diurèse, en évitant la formation de lésions rénales définitives, devient un facteur prépondérant de guérison.

Le pronostic immédiat et à distance des néphrites mercurielles est difficile à apprécier.

C'est par l'évolution clinique seule et non par une exploration fonctionnelle, si minutieuse soit-elle, que peut être affirmée la guérison complète d'une néphrite mercurielle.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

R. Froment et **J.-B. Guiran.** ***Angines de poitrine d'origine anémique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 474, 5 Octobre 1939, p. 535-538). — Au cours des déglobulisations importantes, il existe des troubles cardiaques et notamment une angine de poitrine qui peut même être l'élément majeur de la maladie.

On peut distinguer les angors coronariens aggravés ou révélés par l'anémie et les angors d'origine anémique exclusive sans aucune lésion coronarienne. Ce dernier type peut être individualisé au point de vue clinique par des nuances symptomatologiques : par exemple la claudication cardiaque d'effort se manifestant simultanément sur les trois registres de la douleur, de la dyspnée et des palpitations. Si l'état anémique est constant, il n'y a aucun parallélisme entre son degré et l'importance des douleurs angineuses.

L'association d'autres troubles cardiaques ne doit pas faire affirmer *a priori* l'origine coronarienne du syndrome.

Le traitement des angors d'origine anémique n'est que très accessoirement représenté par la médication vaso-dilatatrice, c'est le traitement du trouble sanguin qui importe.

La connaissance de ces angors d'origine anémique a une importance pratique et une importance théorique: elle permet d'expliquer certains faits rares comme les douleurs angineuses au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Robert Clément.

F. Meerseman. ***Le traitement des ictères infectieux bénins par les extraits hépatiques injectables*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 474, 5 Octobre 1939, p. 539-542). — Le traitement des troubles du fonctionnement hépatique par des préparations de foie remonte à la plus haute antiquité. Cependant il a été rénové par l'emploi d'extraits hépatiques concentrés et injectables.

N'ayant pas obtenu de résultats convaincants avec l'administration par voie buccale d'extraits de foie de très forte concentration (titrant jusqu'à 10 *g.* par centimètre cube), M. s'est adressé aux injections intra-musculaires quotidiennes pendant 10 à 12 jours pour le traitement de l'ictère franc avec décoloration des matières ayant débuté par des troubles digestifs ou après une injection de vaccin, ayant évolué, semble-t-il sans fièvre.

Dans les 10 observations succinctes rapportées, cette thérapeutique a paru favorable, son action se manifestant par la régression très rapide du syndrome ictérique proprement dit, dès la 3e ou 4e injection, quelquefois un peu plus tard. La régression de l'ictère est parallèle à celle des autres troubles hépatiques. La convalescence a semblé plus courte et moins pénible.

Malgré leur teneur élevée en matières protéiques, ces extraits hépatiques n'ont donné lieu qu'à des réactions locales et générales nulles ou insignifiantes.

Cette action favorable des extraits hépatiques concentrés injectables dans le traitement des ictères banaux, ne semble pas être attribuée à celle d'une médication substitutive. L'extrait de foie agirait plutôt comme un excitant fonctionnel de la cellule hépatique déficiente.

Robert Clément.

J.-F. Martin et **A. Guichard.** ***Contribution à l'étude anatomo-pathologique des pancréas aberrants du tube digestif. (A propos de deux observations inédites)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 479, 20 Décembre 1939, p. 599-609]. — A propos de la découverte nécropsique de formations pancréatiques aberrantes, l'un dans la paroi de l'estomac, l'autre dans celle d'un diverticule de Meckel, M. et G. passent en revue l'aspect



LE LAIT GUIGOZ
2 ET 4, RUE CATULLE-MENDÈS
PARIS (17e)
TÉLÉPH. : WAG. 66-76, 66-77



LAIT EN POUDRE VIVANT
"COMPLET" - "1/2 ÉCRÉMÉ" - "ÉCRÉMÉ"
Régime idéal du nourrisson

LAIT EN POUDRE "DEXTROSÉ-MALTÉ"
Constipation — Troubles cutanés

LAIT EN POUDRE IRRADIÉ "RAVIX"
Rachitisme — Convalescences — Débilité

SOUPE DE BABEURRE EN POUDRE
Gastro-entérites — Reprises d'alimentation

ALIMENT N° 2 — FARINE LACTÉE
ALIMENT N° 3 — SURALIMENT

LAIT DÉCHLORURÉ
CONDENSÉ - STÉRILISÉ - NON SUCRÉ
Néphrites - Rétentions chlorurées

DIUROCARDINE

TONIQUE DU CŒUR
AFFECTIONS CARDIAQUES ET RÉNALES
DIURÉTIQUE PUISSANT ET SUR
TOLÉRANCE PARFAITE

DIGITALE (titrée)
SCILLE (décatharliquée)

THÉOBROMINE
PHOSPHO-SODIQUE

DOSE MASSIVE : 2 ampoules ou 3 cach. p. jour pend. 5 jours

DOSE CARDIOTONIQUE : 1 ampoule ou 1 cachet p. jour pend. 10 jours

DOSE ENTRETIEN : ½ amp. ou 1 cachet p. jour, 10 jours p. mois

Diurocystine	ATOMINE	ALZINE	LOGAPHOS	Diurobromine
ANTISEPTIQUE URINAIRE URÉTHRITES - CYSTITES DIATHÈSES URIQUES	RHUMATISME - GOUTTE LUMBAGO - SCIATIQUE CALME LA DOULEUR	BRONCHITES ASTHME - EMPHYSÈME CALME LA TOUX	ASTHÉNIE - ANOREXIE STIMULANT POUR DÉPRIMÉS	AFFECTIONS RÉNALES ALBUMINURIES
Terpine - Benzoate de soude Camphorate de lithine Phosphothéobromine sodique	Ac. phényl - Quinoléine carbonique Théobromine phospho-sodique	Dionine - Lobélie - Polygala Belladone Digitale - Iodures	Ethylphosphates Noix vomique	Théobromine pure isotonisée (cachets de 0 gr. 50)
2 à 5 cachets par jour suivant les cas	2 à 5 cachets par jour	2 à 5 pilules par jour	20 gouttes avant les deux grands repas	2 à 4 cachets par jour suivant les cas

Laboratoires L. BOIZE et G. ALLIOT, 9, Av. J.-Jaurès, LYON

anatomo-pathologique, les manifestations cliniques et la pathogénie de ces anomalies.

Inclus le plus souvent dans la sous-muqueuse, au niveau de l'estomac ou du duodénum, ils se présentent avec leurs acini, leur tissu insulaire et leurs canaux excréteurs comme de véritables pancréas en miniature. D'origine le plus souvent dysembryoplasique, les pancréas aberrants, surtout lorsqu'ils voisinent sur l'estomac avec des formations brunneriennes et avec des modifications intrinsèques des glandes mucipares, représentent peut-être le terme le plus évolué des édifications métaplasiques régressives de la muqueuse gastrique.

Il existe parfois à leur voisinage des lésions associées, état inflammatoire ou congestif de la muqueuse, formations brunneriennes ectopiques et parfois adénomateuses de l'estomac, îlots de métaplasie intestinale de la muqueuse stomacale, voire ulcères ou petits myomes. On a pu soutenir que ces formations ectopiques jouaient un rôle dans la genèse de certains ulcères.

Le plus souvent trouvaille d'autopsie, le pancréas accessoire peut avoir une véritable expression clinique et engendrer les syndromes fonctionnels simulant l'ulcère, la lithiase, la sténose du pylore, voire même des accidents d'invagination intestinale aiguë. Les lésions associées ou le pancréas inclus dans la paroi sont responsables de ces manifestations.

Si on peut ranger les pancréas aberrants dans la classe des tumeurs bénignes du tube digestif, ils présentent, du fait de leur autonomie physiologique, des caractères bien spéciaux.

ROBERT CLÉMENT.

Mme V. Edel. ***Remarques sur le traitement du rachitisme. (Uvio-sensibilité et uvio-résistance.)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 28, n° 480, 5 Janvier 1940, p. 1-9]. — Dans ce travail, inspiré par G. Mouriquand, est envisagée la calcification des os rachitiques sous l'influence des rayons ultra-violets ou de l'administration d'ergostérol irradié.

Le plus souvent, le rachitisme infantile est très sensible à ces deux médications: après une première série de rayons ultra-violets et d'ergostérol irradié correspondant à 16.000 unités internationales, il y a précipitation calcique nette dans les régions diaépiphysaires et début de recalcification de la diaphyse. Il suffit d'une seconde série pour ramener les épiphyses à un aspect normal, s'il ne l'est déjà, et même pour les surcalcifier, ainsi que pour parfaire la guérison de la diaphyse.

Dans le rachitisme hypotrophique, on observe parfois la résistance partielle à l'action des fixateurs du calcium, soit dans les seules régions diaphysaires, soit à la fois dans la diaphyse et les épiphyses. L'effet thérapeutique est souvent à retardement, la précipitation calcique épiphysaire s'effectue à peu près toujours après une seconde série de traitement, la recalcification diaphysaire est toujours en retard sur celle de l'épiphyse.

Dans certains cas, assez rares, le rachitisme est totalement uvio-résistant. Il s'agit le plus souvent du rachitisme accompagnant la maladie cœliaque ou du rachitisme rénal. Dans quelques cas, la cause est obscure, mais la radiographie montre une forme particulière de décalcification diaphysaire ressemblant aux géodes de la maladie de Recklinghausen.

L'action de la médication antirachitique est très variable sur la croissance pondérale, il y a tantôt augmentation, tantôt stagnation ou perte de poids.

Devant l'inefficacité des fixateurs du calcium, il faut essayer les médications adjuvantes, cependant la plupart échouent: le traitement de la néphrite dans le rachitisme rénal, celui du syndrome digestif dans la maladie cœliaque ne modifie pas les lésions osseuses. De même, le traitement antisyphilitique provoque une augmentation de poids, mais il y a persistance de la décalcification diaphysaire.

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL (Lyon)

A. Marmet, R. Alquier et A. Fink. ***L'acide succinique, traitement complémentaire chez deux diabétiques tuberculeux*** (*Lyon-Médical*, t. 163, n° 44, 29 Octobre 1939, p. 473-477). — L'association du diabète et de la tuberculose comporte un pronostic grave et pose des problèmes thérapeutiques délicats, en raison de la nécessité des interventions collapsothérapiques et du danger de toute thérapeutique médico-chirurgicale chez les diabétiques.

Chez un homme de 27 ans, présentant une tuberculose ulcéro-caséeuse et un diabète avec acétonurie, chaque insufflation du pneumothorax faisait réapparaître l'acétone dans les urines. L'administration de 5 *g*. d'acide succinique par jour, en même temps qu'on diminuait de 40 unités la dose d'insuline, n'eut aucun effet sur l'acétonurie tandis qu'augmentaient la glycosurie et la glycémie. Avec 10 *g*. d'acide succinique par jour, et en rétablissant le taux initial d'insuline, le résultat fut excellent.

Chez un homme de 41 ans, également tuberculeux et diabétique, mais sans acétonurie, une section de brides s'accompagna de vomissements et d'une anurie de 15 heures, malgré l'administration d'acide succinique à hautes doses.

L'acide succinique ne semble agir que lorsqu'il se trouve en excès dans l'organisme. Les doses inférieures à 10 *g*. n'ont donné aucun résultat appréciable, même en série décroissante.

Chez les diabétiques tuberculeux, l'acide succinique peut devenir un adjuvant utile en évitant les à-coups d'acidose, notamment au cours de la collapsothérapie.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE MÉDICALE DE NANTES

René Picard (Nantes). ***Quelques considérations cliniques sur le saturnisme hydrique*** (*Gazette médicale de Nantes*, t. 52, nos 9-10-11-12, Décembre 1939, p. 383-386). — Une centaine de nouveaux cas de saturnisme hydrique montre l'importance de ces intoxications et la nécessité d'y penser.

Le syndrome clinique est souvent très anormal, le liséré de Burton manque ou est douteux dans près de la moitié des cas, de même que la contracture des muscles abdominaux et l'hypertension artérielle. La pâleur subictérique de ces malades, leur facies anxieux, leur asthénie, leur hypotension, la notion étiologique d'une adduction d'eau en plomb récemment placée sont les éléments capitaux du diagnostic qui sera affirmé par la présence d'hématies à granulations basophiles dans le sang et de plomb dans l'eau de boisson ou de cuisson des aliments.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

E. Wollman et A. Lacassagne. ***Recherches sur le phénomène de Twort-d'Hérelle*** (6e mémoire). ***Evaluation des dimensions des bactériophages au moyen des rayons X*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 64, n° 1, Janvier 1940, p. 5-39). — Des expériences *in vitro* d'exposition de divers bactériophages à une source constante de rayons X, ont montré que leur radiosensibilité est fonction de leur dimension et varie dans le même sens que celle-ci.

Le fait que l'action des rayons X assigne aux bactériophages les mêmes grandeurs relatives que les résultats de l'ultra-filtration et de l'ultra-centrifugation est une confirmation précieuse, fournie par une méthode nouvelle d'ordre différent, de la valeur des techniques de l'ultra-filtration et de l'ultra-centrifugation.

L'irradiation est un procédé de maniement aisé pour la détermination des dimensions relatives des bactériophages; on peut espérer qu'elle permettra d'en déterminer les dimensions absolues.

Il résulte du mécanisme même de l'action des rayons X, que les grandeurs ainsi déterminées correspondent à celles des éléments actifs eux-mêmes et non de supports inertes. Cette action permet d'autre part de séparer, à partir d'un mélange de facteurs lysogènes, le bactériophage le plus petit, c'est-à-dire le plus résistant.

On peut enfin envisager l'extension de cette nouvelle méthode à la détermination des dimensions d'autres agents infra-visibles.

ROBERT CLÉMENT.

K. Meyer et Mme Froyez-Rœderer (Berck-Plage). ***La fréquence des infections à bacilles bovins dans la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 64, n° 2, Février 1940, p. 167-172). — Le pus de 262 tuberculeuses ostéo-articulaires et ganglionnaires, a été ensemencé sur milieu de Löwenstein, glycériné ou non. Lorsque la culture n'a pas poussé après trois semaines, le pus gardé à la glacière est inoculé au cobaye et des cultures pratiquées en partant des organes de ces animaux. La différenciation des souches est basée sur l'aspect macroscopique des cultures et lorsqu'il y a doute, par inoculation au lapin.

249 fois, la culture a donné un résultat positif. Une fois l'isolement n'a été possible que par inoculation au cobaye, 12 fois, culture et inoculation sont restées négatives.

Sur les 250 souches isolées, 242 étaient un bacille tuberculeux humain et 8 du type bovin. Une seule était atypique. Les 8 cas d'infection bovine concernaient 2 maux de Pott (un adulte et un enfant), 2 coxalgies (enfants), 1 arthrite sacro-iliaque (adulte), 3 adénites cervicales (enfants). Tous les enfants étaient âgés de plus de 5 ans.

Ces recherches montrent donc 5 infections par bacille bovin sur 235 cas de tuberculose ostéo-articulaire et 3 sur 12 cas de tuberculose ganglionnaire. En France, le type bovin du bacille de Koch joue un rôle peu important, probablement en raison de la consommation peu fréquente de lait cru, même à la campagne.

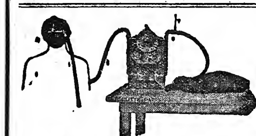
ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE MEDECINE ET DE PHARMACIE COLONIALES (Marseille)

G. Nicolle et G. Oberlé. ***Traitement de la pneumonie du Noir par la para-amino-phényl-sulfamidopyridine (693) en milieu tropical*** (*Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, n° 3, Juillet-Août-Septembre 1939, p. 719-726). — On sait la sensibilité du noir africain au virus pneumococcique et la gravité chez lui de la pneumonie. A 25 malades, comprenant 13 pneumonies sans complications, 9 avec ictère et 3 avec réaction méningée, on a administré 4 *g*. de 693 pendant 48 heures, puis des doses dégressives pendant quelques jours, en se basant sur la chute de la température et l'amélioration des signes fonctionnels et généraux. Les sujets les plus rebelles ont reçu 19 *g*. en 7 jours, les plus sensibles 14 *g*. en 6 jours. Cette médication fut associée aux ventouses scarifiées, aux lavements créosotés, à l'alcool intra-veineux et dans quelques cas à l'abcès de fixation. Il n'y eut aucun accident toxique, même chez les ictériques.

L'action fut très rapide sur la température. Chez quelques malades pris au début, la défervescence se fit en 12 heures, pour certains réfractaires en 4 jours et dans un cas en 6 jours. Ce dernier présentait une réaction méningée à liquide clair. Les

Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)



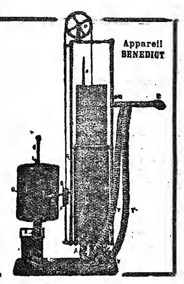
TOUS LES INSTRUMENTS *LES PLUS MODERNES* POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

OSCILLOMÈTRE universel de G. BOULITTE
ARTÉROTENSIOMÈTRE du Prof. DONZELOT assistant du Prof. VAQUEZ
KYMOMÈTRE de VAQUEZ, GLEY et GOMEZ
SPHYGMOPHONE BOULITTE-KOROTKOW

ÉLÉCTROCARDIOGRAPHES NOUVEAUX MODÈLES
A 1, 2 OU 3 CORDES — MODÈLES PORTATIFS

DIATHERMIE - MESURE DU **MÉTABOLISME BASAL** - EUDIOMÈTRES DIVERS

Catalogues sur demande — Expéditions directes Province et Étranger.





Radio Salil
LABORATOIRES UROMIL



SURACTIVÉ PAR LE
BROMURE DE MÉSOTHORIUM
EFFET SUR ET RAPIDE
DANS LES
RHUMATISMES
ET TOUTES ALGIES

LABORATOIRES UROMIL-PARIS

RECALCIFICATION
DE L'ORGANISME

TRICALCINE

FRACTURES
OSTÉOPOROSE
OSTÉOMALACIE
RECALCIFICATION

POUDRE, COMPRIMÉS, CACHETS
GRANULÉS, INJECTABLE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal - Paris - IXe

INTOXICATIONS
INFECTIONS
TUBERCULOSE
CONVALESCENCES

deux autres malades avec symptômes méningés firent leur défervescence en 5 jours. Dans la plupart des cas, la chute de température fut verticale et non en lysis. L'efficacité du médicament est révélée aussi par le retour au calme, la disparition de la pleurodynie et de la dyspnée. L'expectoration n'a pas été modifiée, la défervescence ne s'est pas accompagnée de crise urinaire.

L'action remarquable de ce médicament permet d'espérer l'arrêt rapide des épidémies de pneumococcie chez les Noirs survenant dans les collectivités.

Robert Clément.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

G. Marion. ***Traitement conservateur des grandes hydronéphroses*** (*Journal d'Urologie*, t. 48, n° 1, Juillet 1939, p. 1-19, 9 fig.). — Une grande hydronéphrose est une hydronéphrose où la capacité du bassinet atteint ou dépasse 50 cm^3. Si altéré et aminci que paraisse le parenchyme rénal, non seulement sa fonction n'est jamais nulle, mais, à la suite d'un traitement convenable, il est capable de la relever dans une importante mesure.

Toute intervention sera précédée d'une étude uro-radiologique complète du bassinet et de l'uretère, afin de permettre de faire tout le nécessaire au cours de l'opération.

Il faut être de plus en plus conservateur en présence des grandes hydronéphroses que l'on enlevait naguère sans discussion.

Le rein mis à nu par l'incision lombaire habituelle, on recourt aux manœuvres suivantes :

1° On supprime l'obstacle ayant produit l'hydronéphrose: vaisseau anormal, calcul urétéral ou pyélique, abaissement du rein provoquant la coudure de l'uretère.

2° On relève le rein et on le fixe aussi haut que possible soit par le procédé de Surraco, excellent parce qu'il oriente très favorablement le rein, soit par le procédé classique à quatre lambeaux capsulaires.

3° On draine le pôle inférieur du rein jusqu'à ce que le bassinet soit revenu complètement sur lui-même, ou du moins qu'il n'ait plus de tendance à diminuer en deçà du volume qu'il a atteint.

4° On pourra utiliser, dans certains cas, comme des adjuvants fort utiles, le capitonnage du bassinet, la mise en place par une boutonnière urétérale d'une sonde urétérale à demeure.

Dans le cas où il sera impossible de supprimer l'obstacle, on se résoudra à la néphrostomie définitive ou on se résignera à la néphrectomie, mais à condition que le rein opposé soit suffisant.

G. Wolfromm.

Théo Marti (Genève). ***La chimiothérapie de la colibacillose*** (*Journal d'Urologie*, t. 48, n° 1, Juillet 1939, p. 20-36). — M. a traité 52 cas d'infection colibacillaire chez la femme par le Néococcyl (para-amino-phényl-sulfamide, 1162 F).

Les doses de 3 à 5 *g.* par jour de néococcyl sont suffisantes pour combattre les états infectieux graves et sont habituellement bien supportées. Les doses élevées risquent toutefois de provoquer des accidents cutanés (urticaire, purpura, exanthèmes divers), des troubles sanguins (anémie, agranulocytose, sulfhémoglobinémie et méthémoglobinémie) des nausées et des vomissements, des asthénies, des lipothymies et des ictères. On doit éviter l'administration simultanée de pyrazolones, de sels d'or et tout apport de soufre médicamenteux ou alimentaire.

La posologie employée a été la suivante: 1° Pendant 4 jours: 2 *g.* 50 par jour; 2° pendant les jours suivants, tant que les urines ne sont pas redevenues normales, c'est-à-dire stériles: 2 *g.* par jour. Ce traitement a pu être continué sans inconvénient 16 et même 22 jours; 3° durant 5 jours après le retour des urines à la stérilité: 1 *g.* 50 par jour.

Voici quels ont été les résultats obtenus:

A. *Cas aigus.* Sur 22 cas, 3 cas de cystite colibacillaire récente ont été guéris en quelques jours; 22 cas de colibacillose aiguë gravidique ont eu la destinée suivante: 15 ont guéri et n'ont pas présenté de récidive au cours de la grossesse, 2 ont récidivé, plus rapidement guéries ensuite que les infections primaires, comme si les germes avaient été sensibilisés au néococcyl. Dans un cas, le traitement a dû être interrompu devant des signes d'intolérance. Dans le 19e cas, le traitement au bout de 10 jours s'est montré inefficace et la malade a été perdue de vue.

En général, fièvre et troubles de la miction cessent entre le 3e et le 4e jour et les germes disparaissent vers le 5e et 6e jour. Très rapidement les colibacilles perdent leur mobilité.

Dans 19 cas la guérison se maintenait au bout de 3 à 7 mois.

B. *Cas chroniques.* Les 30 cas chroniques observés se répartissent en 4 cas de syndrome entéro-rénal, 3 néphro-pyélocystites, 3 pyélocystites et 20 cystites dont 2 hématuriques. La grande majorité des cas était accompagnée de métrite ou de salpingite chronique.

24 cas ont été guéris par le néococcyl, sans récidive. 3 cas ont présenté une rechute, ici aussi plus rapidement jugulée que l'infection primaire. Deux malades ont eu de l'intolérance au néococcyl mais ont été guéris par le Prontosil rubrum. Un seul cas a résisté au traitement; il a été perdu de vue au bout de 16 jours. Les guérisons observées dans les cas chroniques se sont maintenues de 2 à 13 mois.

Le traitement de l'infection colibacillaire par les sulfamides est efficace à doses même faibles, rapide, simple; point n'est besoin de se soucier de la réaction de l'urine, mais il y a intérêt à restreindre la ration de liquide pour mieux concentrer le produit dans l'urine.

En cas d'intolérance gastrique, on renoncera à la voie buccale pour pratiquer des injections de sulfamides injectables (Prontosil).

G. Wolfromm.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan. ***La maladie cœliaque, maladie de l'absorption intestinale*** (*Le Nourrisson*, an. 28, n° 1, Janvier 1940, p. 1-21). — Sous le nom de « maladie cœliaque » Samuel Gee a décrit, en 1888, une maladie chronique débutant en général dans l'enfance et caractérisée par 1° une diarrhée chronique ou intermittente, avec évacuation de selles renfermant un grand excès de matières grasses; 2° une intumescence abdominale considérable; 3° une dénutrition progressive avec arrêt de la croissance; 4° une durée très longue. La maladie cœliaque se rencontre surtout dans les pays anglo-saxons, en Scandinavie, en Suisse.

M., qui a publié dans *Le Nourrisson*, un essai de monographie de la maladie cœliaque en 1929 et une revue critique en 1934, fait connaître dans le présent article un certain nombre de travaux récents consacrés à cette même maladie par divers auteurs étrangers.

Fanconi a mis en lumière les troubles profonds du métabolisme chez les sujets atteints de maladie cœliaque : hypocalcémie, hypophosphatémie, excès de chaux et de phosphore dans les selles, dont déminéralisation; tendance à l'acidose.

Thaysen a montré que dans la maladie cœliaque il y a presque toujours de l'hypoglycémie. Il a avancé, d'autre part, que la *sprue tropicale* et la *sprue nostras* étaient identiques à la maladie cœliaque.

Les recherches d'un physiologiste suisse, Verzar, et de ses collaborateurs, corroborées et complétées par celles de Robert Dubois, exécutées à Bruxelles dans le service du professeur Cohen, ont montré que l'essence de la maladie cœliaque est le défaut d'absorption par la muqueuse intestinale, d'apparence saine, de certains principes alimentaires pourtant correctement transformés par les sucs digestifs.

Les expériences entreprises par Verzar ont permis de reproduire chez l'animal un état semblable à la maladie cœliaque, à la sprue tropicale et à la sprue nostras. Verzar admet que dans ces maladies il existe un trouble primitif du processus cellulaire de l'absorption intestinale sélective, trouble analogue à celui que produit chez le rat l'acide mono-iodacétique.

Le défaut d'absorption des corps gras explique la stéatorrhée, l'hypolipémie, l'hypocholestérinémie qu'on observe dans la maladie cœliaque; il est une cause d'amaigrissement et de dénutrition. Le défaut d'absorption du glycose et du galactose explique l'hypoglycémie, la présence de ces sucres dans l'iléon et le gros intestin et par suite les accès de diarrhée fermentative, les poussées de colite; il est aussi une des causes de la dénutrition.

Dans le tableau clinique de la maladie cœliaque on relève une série de manifestations qui paraissent en rapport avec des carences de vitamines et de certains minéraux; mais comme ces principes sont présents dans l'alimentation des malades, on ne peut imputer les troubles à un régime carencé et on doit les attribuer également à un défaut d'absorption.

Quant à la cause de cette maladie de l'absorption intestinale, il faut reconnaître qu'elle reste ignorée. Des diverses théories émises sur son origine (insuffisance pancréatique, toxi-infection, insuffisance cortico-surrénale, déficience en vitamine B_2, avitaminose P. P.) aucune ne résiste à la critique.

Les travaux récents ont enrichi le traitement de la maladie cœliaque de données utiles. Ils ont confirmé les règles du régime alimentaire que l'empirisme avait conduit à adopter. Dans une première phase il faut supprimer les corps gras, ne donner que les glucides contenus dans les fruits crus, et nourrir les sujets surtout avec des protéiques.

Lorsque, grâce à ce régime, on est parvenu à diminuer la diarrhée et à améliorer l'état général, on fait entrer le régime dans une deuxième phase en augmentant avec prudence les hydrates de carbone. Au bout de quelques semaines, on essaie ensuite de donner une petite quantité de corps gras.

Les recherches précédentes justifient, d'autre part, l'administration systématique des quatre principales vitamines A, B_2, C, D, qui exercent une action bienfaisante, même par voie orale.

L'application des rayons ultra-violets est à conseiller. Parmi les médicaments les plus utiles sont le fer à doses élevées et la chaux. Enfin, on instituera un traitement spécifique si on relève l'hérédo-syphilis dans les antécédents.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

L. Ribadeau-Dumas, A. Briand et **Jorrand** (Paris). ***Etude sur les troubles respiratoires du nouveau-né. Apnée et hyperpnée*** (*Revue française de pédiatrie*, t. 15, n° 3, 1939, p. 225-260). — Le mode respiratoire du nouveau-né donne de précieuses indications sur ses aptitudes à la vie. Parmi les moyens qui permettent de le fixer, il y a lieu de citer la *pneumographie* qui met en valeur des anomalies respiratoires difficiles à déterminer par le simple examen clinique.

Une bonne respiration à la naissance fait préjuger de la maturité de l'enfant et d'une croissance normale.

Ces anomalies de la respiration se présentent

PANSULINE

Afin d'éviter
les nombreuses
confusions
avec les Insulines
injectables

— EX —



l'Insuline Fornet
prendra
désormais
le nom de
PANSULINE



De l'efficacité de l'Insuline Buccale FORNET, par la voie digestive :

Thèse du Docteur THAIS,
Faculté de Médecine de Paris, Juillet 1937.

Les avantages de l'Insuline Buccale dans le traitement des Hémorragies Utérines Pubertaires bénignes :

Thèse M.,
Faculté de Montpellier, Mai 1938.

Société de Médecine et de Chirurgie :

L'Insulinothérapie par voie Buccale : Quoique certains auteurs en nient l'efficacité, notre pratique nous a montré qu'elle avait un rôle glycolitique réduit mais **certain** et peut, en conséquence, rendre des services appréciables :

L. BETHOUX, Professeur de Clinique Médicale.
J. ROCHEDIX, Chef de Clinique Médicale.

POSOLOGIE : 3, 6, 9 pilules de PANSULINE par jour, par prises de 3, 1/2 h. avant chaque repas.

LABORATOIRES THAIDELMO
11, Chaussée de la Muette, Paris-16ᵉ - Téléphone : Aut. 21-69

sous différents aspects. Les plus typiques sont l'*apnée* et l'*hyperpnée*. Elles sont d'importance inégale, suivant leur intensité et leur durée. Dans tous les cas, lorsqu'elles existent, il y a lieu d'en suivre l'évolution. Certaines ne comportent pas de mesures spéciales. D'autres, au contraire, doivent être prises en considération : il est d'un grand intérêt de souligner ce fait, que l'apnée, par exemple, peut se reproduire longtemps après la naissance, et être chez l'enfant âgé de plusieurs semaines, encore l'indice d'une fragilité impliquant, si elle n'est pas prise en considération, l'extinction prochaine de la vie.

A côté de la crise d'apnée avec cyanose, contractures et convulsions, il existe une apnée qui ne se manifeste que par une cyanose légère et un tracé pneumographique caractéristique.

Certains troubles de la respiration ne se manifestent que par des anomalies peu accentuées du tracé graphique, mais il y a des respirations où l'insuffisance et les pauses durables des mouvements respiratoires nécessitent l'intervention thérapeutique. L'arythmie constatée est un des éléments de l'immaturité du sujet et justifie d'impérieuses réserves sur la vitalité de l'enfant.

Un pneumogramme peut révéler une apnée cliniquement inapparente et symptomatique d'une hémorragie cérébro-méningée méconnue.

Les moyens d'action qui permettent de lutter contre les troubles respiratoires sont nombreux. Le plus recommandable, selon R.-D., B. et J., est l'emploi du *carbogène*. La *lobéline* leur paraît également efficace. Mais dans tous les cas, il importe d'agir avec prudence. Une thérapeutique sans ménagement conduit à l'épuisement rapide des centres nerveux et aggrave l'apnée. Aux remèdes qui agissent sur le centre respiratoire, il faut toujours adjoindre un des *cardiotoniques* habituellement employés.

Le nouveau-né peut présenter une *hyperpnée* qui obéit à différentes causes et notamment à des lésions cérébro-méningées. R.-D., B. et J. ont pu constater très nettement dans un cas que la stovaïnisation des ganglions de la chaîne sympathique cervico-thoracique avait réduit cette hyperpnée et donne à la respiration un rythme normal.

G. Schreiber.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

R. Bernardi. ***Anthrax rénal*** (*La Semana Medica*, an. 46, n° 33, 17 Août 1939, p. 372-384). — Après nous avoir brièvement relaté l'observation de 2 cas d'abcès rénaux, B. nous donne ses conclusions qui sont les suivantes :

L'anthrax du rein est une pyonéphrite septicémique due au staphylocoque doré. Le point de départ de l'infection, qui peut être quelconque, est cependant très souvent cutané.

L'aspect de l'anthrax est en général le même que celui de la nuque (aspect bien caractéristique). Il peut être unique, multiple, bilatéral (rare), ou coexister avec une autre affection. Le diagnostic se base sur les symptômes suivants : frisson, fièvre, douleur lombaire, et surtout absence de symptômes urinaires. La pyélographie ascendante fournit un élément diagnostic de très grande valeur dans cette affection : la déformation des voies d'excrétions.

Avant l'abcès périnéphrétique, on doit rechercher l'anthrax du rein qui en est souvent l'agent causal.

Le traitement de conservation est possible dans les petits anthrax facilement abordables et qui ne présentent pas un danger de diffusion. Dans les cas contraires, le traitement est la néphrectomie primitive, préférable à la néphrectomie secondaire, souvent fatale.

Robert Coronel.

BRUXELLES MEDICAL

N. Goormaghtigh (Gand). ***Une glande endocrine dans la paroi des artérioles rénales*** (*Bruxelles-Médical*, t. 19, n° 52. 29 Octobre 1939, p. 1542-1549). — Dans la média des artérioles rénales, il existe, à côté des cellules musculaires lisses fusiformes, des cellules afibrillaires plus globuleuses et dépourvues de myofibrine. Dans certaines conditions expérimentales, par exemple dans l'hypervitaminose D2, ces cellules sont moins vite détruites que leurs congénères.

Morphologiquement, ces cellules ressemblent aux cellules épithélioïdes, elles ont un aspect aussi nettement endocrinien que les cellules chromophiles du lobe antérieur de l'hypophyse. Chez le lapin, les cellules des appareils juxta-glomérulaires superficiels contiennent des grains de sécrétion.

Au cours d'expériences sur le chien, on a pu se rendre compte que l'ischémie change l'aspect de la cellule afibrillaire, elle y fait apparaître des grains de sécrétion. Chez le lapin, sous l'influence de l'ischémie, le nombre des cellules afibrillaires granuleuses augmente. Cette hypertrophie et cette multiplication de certaines cellules de la média des artérioles du rein, qui sont dépourvues de myofibrilles, ne sont pas les seuls effets de l'ischémie chez le lapin ; celle-ci provoque en outre, à condition d'être assez accentuée, la transformation des cellules à myofibrilles à cellules afibrillaires.

Ces notions d'ordre morphologique et expérimental font admettre à G. que certaines cellules des parois artériolaires jouent un rôle endocrine. La source de la substance hypertensive libérée par l'ischémie se trouverait dans ces cellules. Cette stimulation par l'ischémie rénale expliquerait l'augmentation de leur nombre et de leur volume et leur transformation granuleuse.

Robert Clément.

A. Govaerts et **R. de Lanne.** ***Influence de l'intensité du travail musculaire sur la diurèse, l'albuminurie et la cylindrurie*** (*Bruxelles-Médical*, t. 20, n° 11, 14 Janvier 1940, p. 361-369). — Après un effort musculaire d'une certaine intensité, l'albumine peut apparaître dans les urines. Pour étudier le mécanisme de ce phénomène, des expériences ont été poursuivies chez des moniteurs de gymnastique et de sport soumis depuis deux ans à un entraînement régulier.

Le sujet est d'abord mis au repos, on prend sa pression artérielle, son indice oscillométrique, on examine ses urines de vingt en vingt minutes, puis on lui fait ingérer 200 *g.* d'eau. Les mêmes mesures sont pratiquées après l'effort, par exemple, une course à pied plus ou moins longue et plus ou moins rapide.

Après la course, la diurèse est d'autant plus faible que l'effort a été plus considérable; il en est de même de la densité.

L'albuminurie et la cylindrurie d'effort sont passagères, elles apparaissent plus particulièrement au moment de la chute de la pression différentielle. L'albuminurie est en rapport avec le travail musculaire.

Après une course à pied de 2.700 *m.* à un rythme régulier, il n'y a pas d'albumine. Après une course plus prolongée ou menée plus rapidement, l'albuminurie et la cylindrurie apparaissent au maximum de l'oligurie vingt à quarante minutes après l'arrivée. Elles persistent au delà d'une heure après un effort considérable.

L'albuminurie correspond généralement à une baisse de pH urinaire, pour disparaître lorsque les urines redeviennent alcalines. L'ingestion précoce d'alcali (15 *g.* de bicarbonate de soude) en quantité suffisante pour maintenir le pH urinaire dans une zone d'alcalinité après effort, atténue ou même empêche l'apparition de l'albuminurie et même de la cylindrurie dans les urines.

Les modifications du débit et du pH urinaire semblent intervenir dans la production de l'albuminurie d'effort.

Robert Clément.

A. Langelez, G. Peremans et **H. Bastenier.** ***Le contrôle hématologique des intoxications par les hydrocarbures volatils*** (*Bruxelles-Médical*, t. 20, n° 13, 28 Janvier 1940, p. 430-441). — L'intoxication par le benzol est bien connue à l'heure actuelle. De nombreux tableaux montrent les altérations sanguines constatées chez des ouvriers ou ouvrières soumis à l'inhalation de vapeurs d'essence benzolée ou de benzol.

Chez 20 ouvriers (dégraisseurs, vulcanisateurs, plumassières) inhalant des vapeurs d'essence de pétrole, dites de dégraissage ou des essences de pétrole dénaturé, on a pratiqué des examens de sang : 70 pour 100 ont une diminution notable des hématies, 30 pour 100 une diminution du nombre des plaquettes, 55 pour 100 une diminution du nombre des globules blancs, 70 pour 100 une diminution du nombre des neutrophiles.

Tous les tableaux et les chiffres indiquent que dans les conditions actuelles de fourniture et d'utilisation les essences de pétrole dites d'auto et les essences dites de dégraissage ou dénaturées constituent de redoutables poisons du sang. Si beaucoup des sujets examinés étaient encore au travail, leur état était loin d'être brillant et il suffirait peut-être de l'intervention d'une infection quelconque pour déclencher des phénomènes alarmants.

On ne peut songer à supprimer les emplois du benzol, de la benzine et des essences. La base de la prévention reposera sur une aspiration parfaite des vapeurs des hydrocarbures aux endroits où elles se forment, complétée par une judicieuse ventilation générale. On estime que 2 cm^3 d'hydrocarbure au mètre cube d'air constituent le seul toxique. Dès que l'on perçoit l'odeur caractéristique, l'atmosphère présente des dangers.

Robert Clément.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

L. Smith et **T. Fay.** ***Le facteur température dans le cancer et la croissance de la cellule embryonnaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 113, n° 8, 19 Août 1939, p. 653-660). — Dans ce curieux article, S. et F. exposent des expériences physiologiques et cliniques tendant à prouver que la réfrigération des tissus concéreux aboutit à la nécrose et à la régression, alors que le tissu sain supporte parfaitement cette diminution de température locale ou générale.

Cette inaptitude du tissu embryonnaire à se développer à basse température expliquerait, d'après S. et F., la rareté du cancer dans les segments froids de l'organisme, en particulier les extrémités (où la température de surface est d'ordinaire de 88 à 90° F), tandis qu'elle expliquerait la fréquence exceptionnelle du cancer dans le segment le plus chaud, c'est-à-dire la région thoracique.

S. et F. ont étudié l'action du refroidissement local ou général chez des malades, atteints de carcinomes inopérables, et ont suivi les progrès cliniques et anatomo-pathologiques des tumeurs ainsi traitées; en dehors d'une diminution des douleurs, il ne semble pas que les preuves qu'ils publient soient bien convaincantes.

R. Rivoire.

S. Rinkoff, A. Stern et **H. Schumer.** ***La néohrite familiale; observations et revue de la littérature*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 113, n° 8, 19 Août 1939, p. 661-664). — R., S. et S. rapportent trois observations

CHIMIOTHÉRAPIE DIRECTE ET ÉLECTIVE

des TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES

Rubrophène

COLORANT ATOXIQUE
de conception nouvelle

DRAGÉES
AMPOULES
POMMADE

Indiqué dans les tuberculoses | ganglionnaire, ostéo-articulaire
péritonéale & intestinale
génito-urinaire, cutanée, ophtalmique, etc.

"LE PROGRÈS SCIENTIFIQUE" M. LEFEBVRE, Pharmacien, 25, Boulᵈ de La Tour-Maubourg - PARIS (7e)

DRÉVILL grav. imp.



RHUMATISME
SCIATIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
LUMBAGO

Acide Phénylquinolique 2
carbonique 4
de fabrication française

ANALGÉSIQUE
ANTITHERMIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE

Sans action nocive sur le foie le cœur ou les reins, non toxique.

POSOLOGIE

1 à 6 cachets ou comprimés par jour (0gr.50 de Tophol par cachet).

Littérature et échantillons sur demande

LABORATOIRES TOPHOL
3, rue Condillac, Grenoble (Isère)

de néphrite chronique glomérulaire diffuse chez trois jeunes gens, trois frères, qui n'avaient jamais eu la scarlatine, ni aucune maladie éruptive, et qui n'avaient même jamais été malades simultanément; ce qui permet d'éliminer à peu près sûrement le facteur infectieux. Dans les trois cas, le tableau clinique fut presque identique, et la mort survint rapidement. Le facteur familial n'est pas fréquemment observé dans la néphrite, mais l'observation de R., S. et S. semble bien démontrer qu'il doit exister une prédisposition héréditaire à cette affection, car l'hypothèse d'une pure coïncidence est bien peu vraisemblable.

R. Rivoire.

J. W. Graham. ***La maladie des rayons ; son traitement par l'acide nicotinique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 8, 19 Août 1939, p. 664-667). — La maladie des rayons est une affection dont la pathogénie demeure mystérieuse. Les diverses théories qui ont été proposées n'ont pu résister à des recherches biochimiques précises : c'est ainsi qu'ont été éliminées successivement les théories de la rétention azotée, de l'acidose, de l'alcalose, de l'insuffisance hépatique, de l'hypoglycémie, de l'hypocholestérolémie, des troubles de la chlorémie. Tout récemment, Spies a constaté dans la maladie des rayons une élimination urinaire excessive de porphyrine, ce qui a donné l'idée à G. d'essayer un traitement par l'acide nicotinique; cette vitamine a été administrée par voie buccale à la dose de 600 *mg.* par jour, et il semble que les résultats aient été bons dans l'ensemble, sans qu'il ait été possible d'établir une relation précise entre l'élimination des porphyrines et la gravité de la maladie des rayons. Le traitement n'en est pas moins utile à connaître, étant donné le peu de ressources thérapeutiques dans cette affection et l'innocuité absolue de la préparation.

R. Rivoire.

R. Redfield et **H. Bodine.** ***Embolie gazeuse consécutive à la position genu-pectorale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 8, 19 Août 1939, p. 671-673). — Les exercices de position génu-pectorale sont recommandés aux nouvelles accouchées, surtout en Amérique, pour éviter la fixation de l'utérus en rétroversion. D'après les observations de R. et B., il ne semble pas que cette pratique soit dénuée de danger, puisqu'ils ont constaté 3 cas de mort subite par embolie gazeuse considérable immédiatement après un de ces exercices. Il est probable que cette posture facilite l'entrée de l'air dans le vagin et l'utérus, puis son passage dans les vaisseaux dans les efforts musculaires effectués par la femme pour reprendre une position normale. Etant donné que l'efficacité de la position génu-pectorale n'est pas du tout démontrée pour la prévention des rétroversions utérines, il vaudrait mieux supprimer complètemnt cette manœuvre chez les accouchées.

R. Rivoire.

AMERICAN JOURNAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Howard C. Taylor, Robert C. Warner et **Catherine A. Welsh.** ***Rapport entre les œstrogènes et autres hormones placentaires et le bilan du sodium et du potassium à la fin de la grossesse et dans le puerpérium*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **38**, Novembre 1939, p. 748). — A l'heure actuelle, deux théories sont proposées pour expliquer les maladies que l'on persiste à appeler toxémies de la grossesse: l'une est endocrinienne (et ceci s'explique si l'on tient compte des modifications endocriniennes si importantes dans une grossesse) et l'autre est physico-chimique, étudiant le métabolisme de l'eau et des électrolytes (métabolisme dont l'altération est en rapport étroit avec les symptômes de la pré-éclampsie). Des travaux récents ont montré que les substances œstrogènes et la progestérone peuvent intervenir dans la rétention du sel et de l'eau, et ceci donne à penser que les deux théories, loin de s'exclure, pourraient bien se compléter l'une l'autre. C'est ce que T., W. et W. se sont proposé d'étudier dans ce mémoire riche en données numériques personnelles.

Ils commencent par rappeler que la rétention de NaCl est un facteur indéniable dans l'évolution de la gestose, qu'un régime sans sel diminue la fréquence de l'éclampsie, que l'administration de sel aggrave les symptômes. Le potassium mérite d'être étudié; car il joue, par rapport au métabolisme minéral des cellules, le même rôle que le sodium par rapport aux fluides de l'organisme. Les toxémies s'accompagnent d'une concentration du prolan, d'une chute des œstrogènes et d'une excrétion de progestérol. Il existe des hormones qui favorisent la rétention du sodium et de l'eau, ceci ayant été démontré pour la première fois pour la corticostérone et, ultérieurement, pour les œstrogènes. Ce pouvoir de rétention des œstrogènes et du progestérol permet d'expliquer l'œdème menstruel. Klodt a constaté une rétention similaire de sodium après injection (au rat) d'hormones gonadotropes.

Partant de ces données, T., W. et W. ont étudié des femmes vers la fin de la grossesse, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches. Ils indiquent le régime suivi, les méthodes de dosage employées et le fondement des procédés graphiques destinés à traduire les résultats obtenus.

Chez trois femmes normales, les œstrogènes ont varié de 200 à 3.000 unités par litre, ont diminué brusquement lors de l'accouchement et ont continué cette descente pour revenir à la normale dès le 3e jour. Variation analogue pour la progestérone et pour le prolan quoique celui-ci reste à un taux un peu élevé quelques jours de plus. Le bilan du sodium est positif (rétention) à la fin de la grossesse et devient négatif vers le 5e ou 6e jour. Le potassium est retenu plus facilement que le sodium et s'élimine plus lentement.

Une femme, atteinte de prééclampsie, eut une courbe hormonale similaire à celle des femmes normales, quoique avec un peu moins d'œstrogènes et de progestérone et plus de prolan. La rétention de chlorure de sodium fut normale avant l'accouchement, mais l'excrétion fut très importante après l'accouchement alors que la rétention de potassium continuait.

Dans un cas d'enfant mort *in utero*, il y eut des chiffres bas d'hormones et un bilan négatif du sodium à la différence du potassium.

Dans un cas de femme normale recevant (pour expérience) de fortes doses d'œstrogènes, on constata un taux normal d'œstrogènes dans le sérum avec augmentation de l'élimination urinaire et une notable rétention de sodium.

Henri Vignes.

THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY (Boston)

Haas (San Francisco). ***Production expérimentale de la scoliose*** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. **21**, n° 4. Octobre 1939, p. 963-968). — Des expériences chez les chiens ont montré à H. qu'on pouvait produire chez eux des scolioses en blessant la plaque cartilagineuse épiphysaire sur un côté du corps d'une vertèbre.

La blessure d'un côté seulement de ce cartilage épiphysaire cause une croissance asymétrique de la colonne vertébrale, moindre du côté lésé : d'où scoliose. Si c'est la partie antérieure du cartilage épiphysaire qui est lésée, la partie postérieure du corps s'accroît davantage : d'où cyphose.

H. pense que dans les cas d'hémivertèbres et autres anomalies de la colonne lombaire, on pourrait, en lésant les cartilages épiphysaires des vertèbres adjacentes sur le côté convexe de la courbure, empêcher la croissance de ce côté et compenser ainsi la difformité.

Même dans les scolioses paralytiques — à la région lombaire, tout au moins — on pourrait tenter d'appliquer la même méthode.

Dans la cyphose dorsale, on léserait la partie postérieure des cartilages épiphysaires dont la croissance est exagérée et on pourrait espérer obtenir ainsi une diminution de la difformité.

Albert Mouchet.

MINERVA MEDICA (Turin)

M. Lozza (Milan). ***La vitamine C associée au calcium dans le traitement de l'acné juvénile*** (*Minerva medica*, an. **30**, t. **2**, n° 36, 8 Septembre 1939, p. 235-239). — L'acné juvénile est fréquente au cours des états de précarence et d'hypovitaminose; on sait d'autre part que les hommes sont surtout atteints lors de la puberté et les femmes plus tardivement et que chez elles l'affection présente une poussée aux périodes prémenstruelles. Ayant remarqué la guérison de l'acné de certains sujets traités par l'administration buccale de vitamine C pour une défaillance de l'état général, L. a essayé ce traitement chez 25 acnéiques; certains reçurent chaque jour une injection intraveineuse de 40 ou 50 *mg.* de vitamine C et de 5 ou 10 *cm*³ de gluconate de calcium à 10 pour 100, d'autres reçurent quotidiennement une injection intramusculaire de 25 *mg.* de vitamine C et de 2 *cm*³ de gluconate de calcium et prirent par la bouche XX gouttes de solution à 5 pour 100 d'acide ascorbique; après 30 jours de traitement, la transformation était complète : la peau était veloutée et avait perdu son état séborrhéique; les efflorescences achéiques avaient disparu et les nodules suppurés, après évacuation spontanée de leur contenu, s'étaient rapidement résorbés. L. attribue cette guérison à un meilleur fonctionnement cutané, conséquence du développement des corrélations hormonales entre la peau et les glandes endocrines, lui-même produit par l'enrichissement des glandes en vitamine C.

Lucien Rouquès.

O. Cantoni et **G. Stabilini** (Milan). ***Sur le mode de réaction au froid de la circulation cutanée chez les individus sains et rhumatisants*** (*Minerva medica*, an. 30, t. **2**, n° 37, 15 Septembre 1939, p. 251-254). — C. et S. ont étudié la réaction au froid de la circulation cutanée par une méthode dérivée de celle de Lewis: détermination à courts intervalles avant, pendant et après un bain de 20 minutes dans l'eau glacée, de la température cutanée d'un doigt à l'aide d'un thermomètre thermo-électrique. Normalement, dès que le doigt est mis dans la glace, sa température tombe rapidement puis plus lentement et atteint vers la 8e minute le minimum (+ 2° à + 4°); elle remonte ensuite, passant vers la 15e minute par un maximum qui dépasse de 8° ou plus le minimum précédent; elle présente une nouvelle baisse moins accentuée que suit parfois dès avant la fin du bain une ascension thermique. Le doigt retiré de l'eau, sa température s'élève vite, puis plus lentement et dépasse la valeur initiale vers la 15e minute. Chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, on note en général, pendant le bain, la baisse plus

NEO-SOLMUTH

Solution huileuse de Campholate de Bismuth
contenant 0,04 cg de Bismuth Métal par c. c.

STABILITÉ ABSOLUE ::: INDOLENCE PARFAITE

Ampoules de 1 ou 2 c. c. Boîte de 12 ampoules.

— Injections Intra-musculaires —

LABORATOIRES L. LECOQ & F. FERRAND, 14, rue Aristide-Briand — LEVALLOIS





PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

VACCINATION PAR VOIE BUCCALE

BILIVACCIN

Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens 5, rue Paul Barruel, PARIS-15

importante de la température, l'absence de l'élévation thermique et après le bain, un réchauffement plus lent du doigt dont la température n'arrive pas ou seulement tard et peu à dépasser celle du début de l'épreuve. Chez les sujets ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu sans manifestations actuelles, on note que l'élévation **thermique** au cours du bain est faible, retardée ou absente. Chez les sujets atteints de rhumatisme chronique, les résultats se rapprochent de ceux des sujets sains ou des sujets atteints de rhumatisme aigu.

LUCIEN ROUQUÈS.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

M. Nijkerk. ***Le traitement des chéloïdes, de la contracture de Dupuytren et des sclérodermies par l'iontophorèse*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 43, 28 Octobre 1939, p. 5135-5140). — La méthode utilisée par N. a consisté à appliquer l'électrode négative, après l'avoir plongée dans une solution à 1 pour 100 d'iodure de potassium, sur l'endroit malade tandis que l'électrode positive était simplement imbibée d'eau. Il y a lieu de considérer que l'électrode négative a une action sclérolytique. Cette action serait due, pour les uns, à l'iode et pour les autres, au sodium des tissus. La quantité d'ions introduits par l'iontophorèse dépend, comme l'enseignent les lois de Faraday, de la force du courant. On arrive, en connaissant l'équivalent électrochimique de l'élément en jeu (0,078 pour l'iode), à calculer la quantité de substances introduites en fonction de la force du courant en ampères et du temps en secondes.

Il a été ainsi traité d'abord 4 patients présentant des chéloïdes qui ont guéri complètement une fois et ont été très améliorées les autres fois.

Dans deux cas, il s'agissait de contractures de Dupuytren qui ont été l'une complètement guérie et l'autre considérablement améliorée.

En ce qui concerne les 7 malades atteints de sclérodermie, l'amélioration a été presque toujours considérable. Pour plusieurs malades d'ailleurs, le traitement continue encore.

La durée des cures a été parfois de plusieurs années, par séances de 10 à 15 minutes dont le nombre a quelquefois dépassé 200. Une chéloïde a guéri cliniquement après un traitement de 70 heures au total. Dans la sclérodermie, le traitement a été quelquefois de 20 mois, la force du courant variant de 1 à 4 milli-ampères et la durée des séances de 5 minutes à une heure.

P.-E. MORHARDT.

H.E.A. Fermin (Amsterdam). ***Un cas de calcul biliaire contenant un gaz*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 45, 11 Novembre 1939, p. 5362-5365). — Il s'agit d'une femme de 23 ans qui, depuis trois mois, présente dans la région gastrique des accès douloureux de trois quarts d'heure à deux heures de durée, survenant parfois la nuit et souvent acompagnés de vomissements. La mère de cette malade souffre de calculs biliaires. Une radiographie faite avant administration de tétragnost montre dans la région de la vésicule des régions claires en forme d'étoile qui pourraient être attribuées aux gaz intestinaux. Après tétragnost, on constate que ces formations se trouvent dans la vésicule. Les plages claires ne changent d'ailleurs ni de forme, ni de place et correspondent très exactement à la description faite par Akerlund comme par Kommerell, de calculs biliaires à inclusion gazeuse.

Dans ces calculs, il existe souvent des cavités qui sont connues déjà au moins depuis le XVIIIe siècle. On les observe surtout dans les calculs récents; elles prennent un aspect étoilé en rapport avec la structure cristalline du calcul. Ces cavités peuvent être remplies soit de liquide, soit de gaz, comme le fait fut observé par Kommerell chez une femme qui avait trois calculs.

Les gaz doivent se produire au centre du calcul, sous l'influence de bactéries et gagner la périphérie, puis s'échapper vers l'extérieur en entraînant de la vapeur d'eau et alors les fissures se produisent par dessiccation. Une fois les gaz expulsés, ils peuvent être remplacés par le liquide et finalement les calculs peuvent se briser.

P.-E. MORHARDT.

J. F. Reith et **L. W. Van Esveld** (Utrecht). ***Le taux de plomb tolérable dans l'eau de boisson, l'ingestion quotidienne de plomb par l'homme normal et la question du saturnisme chronique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 48, 2 Décembre 1939, p. 5632-5639). — Le saturnisme provoqué par l'eau de boisson est fréquent en Hollande parce que certaines eaux de puits se montrent particulièrement agressives pour le plomb des conduites. Des eaux pompées en Hollande contenaient, après séjour d'une nuit dans les tuyaux, de 15,2 à 0,7 mg. de plomb par litre. Après avoir circulé dans les tuyaux, l'eau ne contenait plus que 0,2 à 1,2 mg. de plomb par litre. En l'absence d'autre règle, on doit admettre, en effet, que pour les eaux agressives, c'est une nuit de séjour, soit 8 heures dans les tuyaux, qui doit être déterminante. D'après les publications d'un grand nombre d'auteurs, on n'a pas constaté d'intoxication tant que la teneur en plomb de l'eau est restée inférieure à des chiffres allant de 0,30 à 0,58 mg. après contact de 9 à 24 heures avec la tuyauterie (Klut, Thresh et Beale, Kruse et Fischer, Nachtigall). Mais d'autres hygiénistes se montrent beaucoup plus rigoureux.

D'autre part, le plomb de l'eau de boisson n'est qu'une partie du plomb ingéré quotidiennement par l'homme. Les aliments en contiennent ou se chargent de plomb au cours de l'emballage. De même, la poussière des rues se charge de plomb du fait du ravallement des maisons, du grattage des peintures, de l'usage d'essence additionnée de plomb tétra-éthyle, etc. La quantité de plomb contenue dans les aliments nécessaires pour une journée, varierait, suivant les auteurs, de 0,16 à 0,25 mg., chiffres auxquels vient s'ajouter 0,08 mg. inhalé avec la poussière. C'est donc bien l'eau de boisson qui apporte à l'organisme la plus grande quantité de plomb.

L'excrétion de plomb par l'urine varie, d'après certains auteurs, de 0,27 à 0,55 mg. par jour. Mais la quantité de plomb qui se fixe dans l'organisme n'est pas négligeable, elle atteindrait 0,05 mg. par jour. Les échanges de plomb varieraient donc de 0 32 à 0,60 mg. par jour.

La quantité de plomb considérée comme nocive, varie de 1 à 2,5 mg. par jour. Certains auteurs pensent même que la dose de 1 mg. par jour n'est pas sans inconvénient. Il faut tenir compte aussi que la sensibilité individuelle varie d'un moment à un autre et d'un sujet à un autre. D'une façon générale, on considère que la quantité totale de plomb qui peut être ingérée par jour sans effet nocif ne doit pas dépasser 0,5 à 0,8 mg. Mais en réalité, on connaît mal les limites de la zone dangereuse. En tout cas, une eau qui a séjourné dans les conduites pendant 8 heures, c'est-à-dire pendant une nuit, ne doit pas contenir plus de 0,3 mg. par litre. Un tuyautage neuf peut, sans inconvénient, abandonner, au début, deux ou trois fois plus de plomb. Mais au bout de 4 mois environ, on doit revenir à des chiffres inférieurs à 0,3 mg.

P.-E. MORHARDT.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. L. Tchijevsky (Moscou). ***Traitement de l'asthme par les aéroions artificiels*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 102, nos 4-5, 4 Novembre 1939, p. 390-416). — D'après T. l'inspiration des aéroions négatifs dilaterait la lumière des vaisseaux sanguins et permettrait d'obtenir des effets thérapeutiques remarquables dans l'asthme. L'aéroionisation est réalisée soit en se servant du pôle négatif d'une puissante machine électrostatique relié à un réseau à pointes, soit d'un transformateur de 110 kilovolts et de quelques milliampères d'un appareil de Rœntgen, l'un des pôles du transformateur étant relié à la terre par kénotron, l'autre, le négatif, étant relié à un réseau à pointes suspendu au plafond par des isolateurs. Le malade est installé à 75 cm. des pointes du réseau où le nombre des ions atteint plusieurs millions par centimètre carré et soumis à des séances de 15 à 30 minutes chaque jour. La respiration s'améliore dès les premières séances. L'éosinophilie sanguine diminue le plus souvent. Les cristaux de Charcot-Leyden et les spirales de Curschmann disparaissent. L'amélioration obtenue est durable. Des asthmatiques traités vainement pendant des années par les méthodes classiques ont été guéris sous l'action de l'aéroionisation.

Examinant ses statistiques personnelles et celles de divers médecins russes, T. estime à 1.500 le nombre des asthmatiques guéris par les aéroions négatifs, ce qui représente 84 pour 100 de guérisons cliniques complètes ou d'améliorations sensibles. Cette méthode doit donc occuper le premier rang parmi les thérapeutiques de l'asthme.

P.-L. MARIE.

P. Plum et **E. Warburg** (Copenhague). ***Modifications hématologiques et, en particulier, anémie mégalocytaire, au cours de l'iléite régionale*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 102, n° 6, 19 Décembre 1939, p. 449-475). — Depuis longtemps on soupçonne les lésions de l'intestin grêle de jouer un rôle dans la genèse de l'anémie pernicieuse. En 1932, Crohn, Ginzburg et Oppenheimer ont isolé l'iléite régionale, qui a été signalée depuis assez souvent aux Etats-Unis et dans les pays nordiques et qui se caractérise par des tumeurs hyperplasiques siégeant sur l'iléon terminal, de nature inflammatoire non spécifique, s'accompagnant au stade chronique de rétrécissement de la lumière de l'intestin et parfois de fistules et d'adhérences. Cliniquement, le tableau au stade aigu simule l'appendicite, au stade chronique, la colite ulcéreuse. Le plus souvent il existe de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Les selles contiennent du pus, souvent du sang et il y a parfois de la stéatorrhée. Radiologiquement, on constate de l'irritabilité du segment intéressé, des lacunes dans le remplissage de l'iléon terminal, des spasmes, divers degrés de sténose avec dilatation sus-jacente. Hématologiquement, à la phase aiguë, on note de la leucocytose avec parfois de l'anémie; à la phase chronique, l'anémie est fréquente. Dans 46 cas de cette affection, recueillis par P. et W., où des examens de sang assez approfondis ont été pratiqués, on note 1 fois de l'anémie hyperchrome et 21 fois de l'anémie hypochrome. L'évolution est chronique, avec des rémissions et des aggravations. La mort survient par cachexie; parfois elle est plus rapide du fait de l'ulcération, de la sténose, de la perforation ou de la fistulisation. Le traitement chirurgical (résection de l'intestin) a donné de bons résultats.

P. et W. relatent 4 observations détaillées de cette affection. Il s'agit de femmes, âgées de 17 à 53 ans. L'anémie était chez elles le fait le plus saillant. Chez trois on notait une anémie hyperchrome mégalocytaire typique qui céda chez deux


ANTISEPTIQUE ORGANIQUE CHLORÉ
PUISSANT
STABLE
NON IRRITANT
42, Rue Thiers — LE HAVRE
CLONAZONE
DAUFRESNE
O.V.P.

d'entre elles à l'hépatothérapie parentérale ; la troisième malade, atteinte d'iléite aiguë et opérée, succomba à l'intervention. Chez la quatrième malade il existait une anémie hypochrome. Chez deux des patientes on trouvait des signes d'avitaminose B consistant en symptômes de pellagre avec troubles mentaux et névrite des membres inférieurs. P.-L. Marie.

A. W. F. Jenner (Amsterdam). ***Anémie pernicieuse et cancer gastrique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **102**, n° 6, 19 Décembre 1939, p. 529-591). — Sur 181 malades atteints d'anémie pernicieuse, J. a relevé 8 cas de cancer gastrique. Cette proportion indique qu'il existe un rapport certain entre les deux affections. Cette opinion est corroborée par les résultats de 76 autopsies d'anémie pernicieuse faites dans deux hôpitaux d'Amsterdam, de 1911 à 1938, qui ont montré 4 cas de cancer gastrique, 1 cancer du cardia, 3 polypes gastriques, 1 fibrome de l'estomac et seulement 1 cancer de l'utérus, confirmant ainsi la grande prépondérance du cancer stomacal chez ces malades alors que les autres cancers ne semblent pas plus fréquents que dans les autres maladies. Aussi pratiquement un contrôle radiologique régulier de l'estomac est-il d'une particulière importance au cours de l'anémie pernicieuse. Se basant sur l'analyse de nombreux documents bibliographiques et sur ses propres recherches, J. pense que c'est la gastrite chronique, avec ou sans atrophie de la muqueuse gastrique, si habituelle dans l'anémie pernicieuse, qui est la cause principale de l'apparition du cancer gastrique, et non l'anémie pernicieuse elle-même. P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Sandbacka - Holmström. ***Lymphogranulomatose bénigne de Schaumann ; fièvre uvéo-parotidienne*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **20**, fasc. 5, Septembre 1939, p. 583-591). — On sait que dans la maladie de Schaumann, on constate des altérations multiples: amygdales et système lymphatique, souvent hypertrophié; moelle osseuse avec espaces spongieux et aspect d'ostéoporose à la radiographie, rate et foie augmentés de volume; nombreuses taches disséminées dans le poumon et au hile à la radiographie. La peau est le siège de lésions diverses: lupus pernio, sarcoïdes, érythrodermie.

On a signalé aussi des lésions de la pituitaire, de la conjonctive, de l'iris, des glandes salivaires, des seins, de l'épididyme, de l'hypophyse.

Heerfordt a décrit en 1909 une *fièvre uvéo-parotidienne*, précédée de fatigue, d'anorexie, de sueurs nocturnes. Puis la fièvre s'installe. La parotide augmente de volume, parfois des deux côtés, souvent la sous-maxillaire, les glandes lacrymales sont aussi atteintes ; adénopathie inconstante. Il existe en outre une uvéite bilatérale, une iridocyclite plastique avec tendance à la formation de précipités, de trouble du vitré, de synéchies postérieures.

La paralysie faciale est fréquente, uni- ou bilatérale; parfois on note une névrite optique, acoustique, des paralysies des cordes vocales, du ptosis, du strabisme, de l'anisocorie.

La fièvre uvéo-parotidienne peut durer de 15 jours à 2 ans, l'évolution est ordinairement favorable; on ne signale que 5 morts sur une centaine de cas publiés.

S.-H. rapporte un cas typique de cette affection chez une femme de 39 ans qui avait de la fièvre depuis 3 mois; sa vue s'assombrit et au bout de 2 mois apparut une paralysie faciale gauche consécutive à une tuméfaction ganglionnaire; un mois plus tard survenait une érythrodermie des bras et des jambes. R. Burnier.

Kveim. ***Deux cas du syndrome de Cushing, adénome hypophysaire basophile*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 5, Septembre 1939, p. 663-673). — Depuis que Cushing a décrit son syndrome en 1932, une centaine de cas ont été publiés.

K. en apporte deux nouvelles observations: une femme de 29 ans voit apparaître des dépôts graisseux au visage, au cou, à la nuque, à l'abdomen, une hypertrichose marquée, des vergetures violacées sur l'abdomen, des papules apparaissent sur le corps, les ongles sont déformés; on note de l'aménorrhée, de l'hyperglycémie, de la glycosurie, de l'hypercholestérinémie, les os montrent une ostéoporose, surtout au rachis en cyphose; la selle turcique est dilatée.

L'autre malade, une femme de 22 ans, a un facies lunaire, une adipose marquée du cou, de la nuque et de l'abdomen, une ostéoporose du rachis avec cyphose, une ostéoporose du bassin, de l'hypertrichose, de l'aménorrhée, des vergetures violacées, de l'hypertension, des douleurs dorsales et abdominales.

Ces 2 cas rentrent donc dans le syndrome de Cushing, caractérisé essentiellement par une adipose du visage (pleine lune), du cou, de la nuque et de l'abdomen, survenant rapidement, avec hypertrichose et caractères virils chez la femme, de l'aménorrhée (femmes), de l'impuissance (hommes), des vergetures violacées aux cuisses, hanches, abdomen, bras et épaules. En outre, on note de l'hypertonie, de l'hyperglycémie, glycosurie, hypercholestérinémie, hyperlipoïdémie, de l'ostéoporose du rachis avec cyphose, des douleurs dorsales, de la fatigue. La radiographie montre une tumeur hypophysaire avec selle turcique élargie.

Des signes d'hyperplasie de la couche surrénale corticale viennent s'ajouter aux signes précédents et on a pu se demander si l'hyperplasie corticale surrénale n'était pas primitive et les altérations hypophysaires secondaires. R. Burnier.

Sandbacka-Holmström. ***Le syndrome de Grönblad-Strandberg : pseudo-xanthome élastique, traînées angioïdes, altérations vasculaires*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 20, fasc. 5, Septembre 1939, p. 684-700). — Le pseudo-xanthome élastique de Darier est caractérisé par des plaques pseudo-xanthomateuses, occupant symétriquement les grands plis de flexion: aisselles, coudes, aines, parfois la muqueuse buccale, la pituitaire, les organes génitaux. Le visage est respecté.

Histologiquement on note surtout une dégénérescence des fibres élastiques du chorion.

Grönblad et Stranberg ont constaté chez ces malades des traînées angioïdes du fond de l'œil qu'ils attribuent à la rupture de la lame vitrée.

A propos de 3 cas personnels, S. a réuni 100 observations dans la littérature: 51 femmes et 47 hommes (2 cas avec sexe non indiqué); dans 87 cas, il y avait association de pseudo-xanthome et de stries angioïdes, 4 fois de pseudo-xanthome et d'altérations choroïdiennes, et 9 cas sans lésions oculaires.

La maladie est souvent familiale et héréditaire. En outre des lésions cutanées et oculaires, il peut exister des troubles vaso-moteurs, se traduisant entre autres sous forme d'épilepsie.

Dans 3 cas, on nota chez les malades une ostéite déformante de Paget, que S.-H. rattache au syndrome. R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Oskar Fischer (Prague). ***Le « signe de l'abaissement du bras » nouveau symptôme de parésie brachiale minime, sa signification diagnostique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 46, 18 Novembre 1939, p. 1175-1177). — Si à un homme présentant une parésie brachiale unilatérale, on fait lever les deux bras, on constate que le bras malade reste en arrière parce que ce membre n'arrive pas aussi facilement que l'autre à vaincre la résistance représentée par son propre poids. De même, quand le malade laisse retomber les bras, celui qui est malade tombe plus vite que l'autre, à cause de la diminution du tonus. L'abaissement du bras ne doit pas être, en effet, considéré comme un phénomène passif.

Pour mettre ce signe en évidence, le malade est couché; on lui fait fermer les yeux et lever les bras à la verticale en 6 ou 8 secondes. Une fois dressés et mis parallèlement, au besoin en rectifiant leur position, on fait baisser les bras. Pendant l'épreuve, soit au cours du relèvement, soit au cours de l'abaissement des membres, le bras paralysé reste toujours en retard. Quelques observations montrent que ce signe peut être manifeste avant l'apparition de symptômes subjectifs.

Pour les jambes, une épreuve du même genre ne semble pas satisfaisante parce que les mouvements ne peuvent pas être faits avec une lenteur suffisante.

Dans des cas de simulation, l'épreuve est inversée. En somme, ce signe serait très sensible et permettrait de mettre en évidence des troubles minimes et notamment de suivre, chez les accidentés, la guérison d'une parésie d'origine centrale guérie qui se transforme peu à peu en une parésie simulée. P.-E. Morhardt.

G. et **R. Wohlhueter-de-Loriol** (Strasbourg). ***Causes et effets de l'infection tuberculeuse du poumon chez les couturières*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 48, 2 Décembre 1939, p. 1228-1232). — Les constatations faites au cours des dix dernières années au titre des Assurances sociales obligatoires, chez des couturières de Strasbourg, auraient d'après W. de L. confirmé les anciennes statistiques montrant que chez ces ouvrières, le pourcentage de la tuberculose est très élevé. Une enquête a montré cependant que, d'une façon générale, les ateliers sont bien aérés mais que la quantité de poussière y est toujours considérable, surtout dans l'atelier de repassage. Ces poussières sont constituées notamment par des quantités considérables de colorants et de matières à apprêt employés actuellement dans l'industrie textile. Parmi les substances ainsi utilisées, figurent entre autres, les dérivés du chlore, l'amidon, la farine, les silicates (talc), la gomme arabique, la mousse d'Irlande, la graine de lin, le psyllium, les dérivés du baryum et de la magnésie, etc.

Les recherches ont été poursuivies plus spécialement sur la silice (SiO_2) et on a trouvé dans les locaux où les étoffes sont manipulées des poussières contenant 7,4 à 62,8 pour 100 de silice correspondant à des poids de poussières recueillies, variant de 0,03 à 3 *g*.

Par ailleurs, les enquêtes faites à domicile ont montré que, dans aucun cas, la maladie ne pouvait être attribuée à la misère sociale et certaines constatations semblent montrer que c'est bien l'entrée à l'atelier qui déclencherait la maladie.

Sur 500 couturières, il a été trouvé 90 cas de « tuberculose évolutive » (18 pour 100) dont 31 « fibro-cirrhotiques, stabilisées ». Dans 10 pour 100 de ces cas, il y avait eu contact avec des personnes bacillifères. Dans 1 pour 100 des cas, l'infection se serait produite au lieu du travail. Dans la plupart des cas, c'est donc les conditions du travail qu'il faudrait incriminer et tout d'abord dans la position courbée du thorax qui favorise l'action des poussières et de la silice. La prophylaxie pourrait intervenir, notamment en surveillant la cuti-réaction et en améliorant l'hygiène de l'atelier. P.-E. Morhardt.



NE CONTIENT AUCUN STUPÉFIANT

Échantillons sur demande

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

H. Welti, R. Huguenin et X. de Silveira (Paris). ***Contribution à l'étude des thyroïdites chroniques. A propos de 4 observations de Struma lymphomatosa (Hashimoto)*** (*Annales d'Endocrinologie*, t. **1**, n° 4, 1939-1940, p. 379-398). — En 1912, Hashimoto a décrit sous le nom de « struma lymphomatosa » une inflammation chronique de la glande thyroïde, et il a insisté sur la différence de cette maladie avec les thyroïdites ligneuses de Riedel et Tailhefer. De nombreux cas furent publiés ensuite, surtout dans la littérature américaine.

W., H. et S. rapportent 4 observations complètes. Il ne s'agit pas de scléroses banales, mais de tuméfactions thyroïdiennes accompagnées presque toujours de manifestations de la série myxœdémateuse. Ces formes représentent en somme une transition entre les thyroïdites simples et les thyroïdites ligneuses de Riedel (Eisenharte Struma) et de Tailhefer (Thyroïdites cancériformes) qui donnent des signes de compression. La maladie d'Hashimoto ne se voit pratiquement que chez la femme (96 pour 100) et presque toujours après la ménopause. Il n'y a jamais de péri-thyroïdite et l'extirpation est facile. Le traitement chirurgical par exérèse totale semble actuellement le seul logique.

Au point de vue histologique, les lésions sont très particulières et se groupent sous trois chefs : sclérose, atrophie glandulaire et infiltration lymphoïde ou plasmocytaire, soit nodulaire, soit diffuse. La sclérose est nodulaire, pénicillée ou insulaire avec un mélange intime avec les autres lésions.

Pour les auteurs, ces lésions ne sont pas pathognomoniques et on peut les rencontrer dans certaines scléroses latentes ou au stade ultime de certaines thyrotoxicoses. Mais l'ensemble histologique, macroscopique et clinique justifie l'isolement du syndrome. L'étiologie est obscure ; la syphilis et la tuberculose ne semblent pas en cause, ni les infections banales. Le rôle des perturbations endocriniennes primitives doit être pris sérieusement en considération. D'autre part, les formes de transition avec certains lymphosarcomes doivent être envisagées, ainsi qu'il ressort d'une observation des auteurs.

L'attention est donc attirée par cet important travail sur un aspect nouveau et particulier des affections thyroïdiennes.

André Varay.

R. Turpin, P. Chassagne et J. Lefebvre (Paris). ***La mégalothymie prépubertaire. Etude planigraphique du thymus au cours de la croissance*** (*Annales d'Endocrinologie*, t. **1**, n° 4, 1939-1940, p. 358-378). — Les données classiques sur le volume du thymus aux différents âges ont été récemment rectifiées. Pour en juger avec exactitude, conscients de l'analyse radiologique de la glande, les auteurs ont usé de la méthode planigraphique. Leurs études ont porté sur des enfants sains, dont le poids et la taille se rapprochaient de la moyenne de l'âge, dont l'état de nutrition était satisfaisant, afin d'éliminer les causes d'erreurs d'ordre pathologique.

Les conclusions suivantes ont pu être énoncées : Le thymus est accessible, à l'état normal, à l'examen planigraphique au cours de la croissance. Les mensurations thymiques, effectuées chez des enfants de deux à quinze ans, permettent de construire un graphique parallèle à celui des variations pondérales de cet organe au cours de la même période. Les planigraphies montrent que le thymus augmente au cours de la croissance. Cet accroissement est discontinu et précède les poussées de croissance de l'organisme. Il atteint son maximum au moment de la puberté, et ses proportions sont telles que l'on peut parler de mégalothymie pubertaire. Celle-ci prend place à côté de l'adiposité, de l'hyperthyroïdie, de la poussée de croissance caractéristique de cette période. Les images planigraphiques peuvent être ramenées à deux types : image cordiforme et image trapézoïde. Ces aspects disparaissent un ou deux ans après la puberté. Chez l'adolescent, l'ombre thymique se confond avec l'ombre vasculaire médiane.

André Varay.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

Pierre Hermann (Angers). ***Maladie de Leber*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **3**, n° 9, 1939-1940, p. 784-790). — H. publie une observation familiale de maladie de Leber (atrophie héréditaire du nerf optique) comportant 7 cas.

L'un d'eux a été opéré par David qui a trouvé une arachnoïdite opto-chiasmatique. La libération du chiasma n'a donné aucune amélioration.

La constatation de cette inflammation méningée est bien paradoxale dans cette affection héréditaire. H., à ce propos, discute la pathologie de cette maladie et se demande s'il ne s'agit pas de la transmission d'une faiblesse du nerf optique et de son faisceau papillo-maculaire.

Cette débilité congénitale n'apparaîtrait que sous l'influence d'un second facteur. Ce pourrait être un trouble du développement du corps du sphénoïde, un trouble endocrinien, une intoxication, une lésion inflammatoire méningée enfin, comme permettent de le supposer certaines constatations opératoires.

Cette pathogénie à deux facteurs invoquée par l'auteur paraît séduisante, car elle rend compte aussi de l'évolution de la maladie, qui apparaît à un âge variable, et qui, après une période de progression, s'arrête — le champ visuel périphérique étant généralement conservé.

Une bonne bibliographie termine cet intéressant article.

J. Pergola.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

R. Sohier et J. Paraire (Armée). ***Les infections typho-paratyphoïdes des sujets vaccinés. Etude épidémiologique et clinique. Importance du mode de vaccination. Valeur pratique du vaccin associé triple*** (*Revue d'Immunologie*, t. **5**, n° 6, Novembre 1939, p. 535-556). — Les travaux sur les infections typho-paratyphoïdes survenant chez les sujets vaccinés conduisent à des conclusions très différentes sur la valeur de la protection que confère le vaccin. Les divergences d'opinion sont dues à ce qu'on n'a pas tenu compte d'un facteur important : la technique de la vaccination, ce terme général comprenant la qualité du vaccin, les doses employées, le nombre des injections et l'intervalle qui les sépare.

De l'étude de 128 cas observés au service des contagieux du Val-de-Grâce, S. et P. concluent :

1° On observe des fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes chez des sujets vaccinés. On peut voir des formes sévères et même mortelles en moins grand nombre toutefois que chez les non-vaccinés.

2° L'infection typho-paratyphoïde paraît évoluer chez le sujet vacciné dans 85 pour 100 des cas peu de temps après la vaccination.

Si l'on tient compte de la technique de vaccination, on constate que :

1° Les sujets ayant reçu trois doses de vaccin à intervalle de 8 à 20 jours sont beaucoup moins atteints que les sujets ayant reçu deux doses et surtout une dose.

2° Chez ces sujets trivaccinés, l'infection est le plus souvent légère, jamais grave, jamais mortelle.

3° Chez les sujets vaccinés, le germe le plus fréquemment isolé est le bacille paratyphique B.

Le vaccin associé triple-antitypho-paratyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique, par sa constitution antigénique par son application en 3 doses successives à 15 jours d'intervalle, a permis de réduire considérablement le nombre des infections typho-paratyphoïdiques. En l'absence d'un critère biologique du degré d'immunité antitypho-paratyphoïdique que confère ce vaccin, cette réduction de la morbidité est une preuve de son efficacité.

Pierre Aboulker.

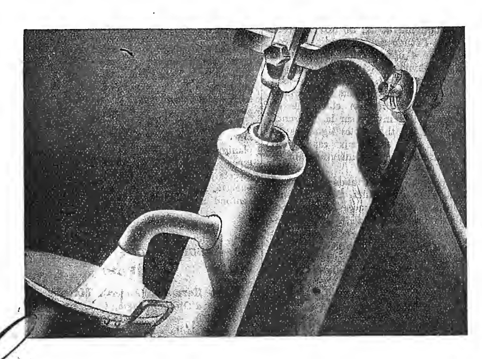
R. Kourilsky et P. Mercier. ***Etudes sur l'infection staphylococcique chez l'homme. Variations du pouvoir pathogène du staphylocoque suivant son habitat*** (*Revue d'Immunologie*, t. **6**, n° 1, Janvier 1940, p. 17-30). — Ayant remarqué que l'on trouve très souvent, chez les sujets atteints de staphylococcie cutanée, des antécédents d'infection des fosses nasales, K. et M. ont cherché à en élucider le mécanisme chez l'homme. A cet effet, ils ont utilisé une technique qui leur a permis de mesurer le pouvoir pathogène des souches isolées. La culture pure sur gélose, âgée de 24 heures, est émulsionnée dans 10 cm^3 d'eau physiologique stérile. A partir de cette solution-mère, on prépare des dilutions échelonnées de 1/10 à 1/2.000, dont 1 cm^3 est injecté sous la peau d'un lapin, blanc de préférence, épilé la veille. La lecture est faite au 4° jour, auquel on note la dilution la plus forte capable de produire une réaction inflammatoire nette.

Il a été possible de préciser de cette manière que les sujets normaux sont très souvent (93 pour 100 des cas) porteurs de staphylocoques au niveau de leurs fosses nasales, mais que ceux-ci sont de virulence très atténuée, atteignant exceptionnellement 1/100 selon la notation précédente. Il en est de même chez des diabétiques confirmés, chez qui, pourtant, l'infection staphylococcique présente la gravité que l'on sait.

Chez les sujets atteints de staphylococcie en évolution, le microbe est pratiquement toujours présent dans les fosses nasales, le plus souvent même à l'état de culture pure, mais cette fois, son taux de virulence est nettement plus élevé que chez les sujets sains. Deux hypothèses viennent à l'esprit : en raison des transformations de terrain, les staphylocoques du nez deviennent plus virulents, ou bien, et c'est à celle-ci que K. et M. se rallient, le sujet contamine ses fosses nasales à partir de la lésion cutanée virulente. En effet, chez les diabé-

Evonyl amorce!

Une action combinée sur le Foie et l'Intestin



Cholagogue puissant et antiseptique biologique, Evonyl exalte la fonction biligénique.
La sécrétion biliaire activée et fluidifiée dissout les calculs de la lithiase, décongestionne le foie des hypertendus, facilite les évacuations dans les cas d'ictères, supprime la douleur et l'élément infectieux dans les cholécystites et angiocholites.
L'effet d'Evonyl sur l'intestin — comme laxatif doux — est la conséquence de son action hépato-biliaire.
Ranimé par une abondante chasse de bile, qui aseptise les fermentations putrides, stimule le péristaltisme et rend les matières plus molles, l'intestin se libère par une puissante exonération quotidienne. Aucune constipation physiologique ne résiste à Evonyl.

COMPOSITION
(ASSOCIATION DE DEUX SYNERGIES)

SYNERGIE OPOTHÉRAPIQUE : Extraits biliaires et de glandes intestinales, ferments lactiques.

SYNERGIE VÉGÉTALE : Évonymine verte, agar-agar, fucus, podophyllin, etc.

INDICATIONS
(AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES)

Lithiase biliaire. Coliques hépatiques. Ictères divers. Ictères des pays chauds. Cholécystite. Angiocholite. Congestion du foie. Cirrhose hypertrophique biliaire. Cholémie familiale Constipation sous toutes ses formes. Hypertension. Prurits. Dermatoses.

POSOLOGIE
(DOSE PAR 24 HEURES)

Adultes : 2 tablettes
Enfants : 1 tablette

Action rapide : une demi-heure avant le repos du soir.

Action normale : immédiatement après le repas du soir.

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHONE)



J&C

tiques, les staphylocoques du nez ne sont pas plus virulents que chez les sujets sains, malgré le terrain favorable, et, d'autre part, à quelques centimètres d'un anthrax provoqué par des staphylocoques à forte virulence, on peut mettre en évidence des germes déjà très atténués. Si donc les staphylocoques retirés des fosses nasales de malades atteints de staphylococcies en évolution ont un pouvoir pathogène plus élevé que ceux des sujets normaux, c'est du fait d'une contamination exogène par des germes plus virulents.

J. Bretey.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

G. Forsyth. ***Acrodynie traitée par vitamine B_1*** (*The medical Journal of Australia*, an. **26**, t. **2**, n° 21, 18 Novembre 1939, p. 751-754). — Un certain nombre de symptômes de l'acrodynie ne sont pas sans analogie avec ceux du béribéri et de la pellagre, notamment les troubles du caractère, les manifestations digestives, les éruptions cutanées, l'hypotonie musculaire, les œdèmes et les troubles vasculaires aux extrémités. Cette ressemblance a incité F. à traiter 4 enfants atteints de ce syndrome, avec des doses de vitamine B plus élevées qu'on ne le fait habituellement.

Chez ces 4 enfants, traités l'un à la 4e semaine de sa maladie, l'autre au 6e mois, le troisième à la 4e semaine d'une rechute, le dernier après 7 semaines d'évolution, la médication a semblé avoir une certaine efficacité. Le premier a reçu, par jour. 3 cuillerées à soupe de son de céréales (environ 600 unités de vitamine B_1); le second, XXX gouttes, puis LX gouttes d'un extrait de vitamine B_1 et B_2, correspondant à environ 180 unités de B_1 et 30 unités de B_2 par jour. Le troisième et le quatrième reçurent la même préparation, mais sous forme de tablettes à la dose de 1 mg. par jour, soit 333 unités. Les trois premiers présentèrent une amélioration assez nette à la suite de ce traitement, mais deux furent en même temps exposés aux rayons ultra-violets. Sur le quatrième enfant, le traitement ne sembla pas avoir grand effet; repris plus tard sous forme de son et de germes de céréales, il parut plus efficace.

Ces résultats semblent encourageants, mais il est impossible d'en tirer d'autres conclusions que celles de poursuivre ces essais thérapeutiques.

Robert Clément.

K. R. Moore et **C. A. Kuhlmann** (Kalgoorlie, Australie). ***Une enquête sur les effets de leurs occupations sur l'état pulmonaire des maçons*** (*The medical Journal of Australia*, an. 26, t. **1**, n° 8, 19 Août 1939, p. 267-274). — Il s'agit de l'étude clinique et radiographique de 355 travailleurs de la pierre, poursuivie en 1938, dans les Nouvelles Galles du Sud, Victoria et l'Australie du Sud, dans le but de déterminer la proportion de silicose pulmonaire et des maladies analogues et des possibilités prophylactiques de ces maladies professionnelles. L'enquête a en outre porté sur les conditions du travail et la densité des poussières.

Sur 268 maçons, 111, soit 41,4 pour 100, étaient atteints de fibrose pulmonaire modérée ou intense ou de tuberculose. Chez 79 de ces sujets, la fibrose était de type diffus et désignée sous le nom de pneumoconiose. M. et K. rangent ces fibroses pulmonaires en 2 groupes distincts : les pneumoconioses comprenant 79 cas de fibrose à type diffus modérée et 13 cas du même type, mais plus prononcés. 8 malades étaient atteints de fibrose grave à type silicotique. 2 de fibrose pulmonaire compliquée de tuberculose évolutive; un seul ne présentait que de la tuberculose. Les autres cas concernaient des lésions tuberculeuses douteuses isolées ou compliquant la sclérose pulmonaire. Les scléroses modérées ne s'accompagnaient pas d'incapacité de travail.

Les 8 sujets atteints de silicose travaillaient tous sauf 1, le grès, qui contient une proportion élevée de silice libre (86 à 95 pour 100). Les ouvriers qui manient cette pierre sont atteints plus précocement et d'une façon plus sévère de fibrose pulmonaire que ceux qui emploient le granit ou les autres pierres contenant peu de silice libre. Le pourcentage de sclérose pulmonaire est très bas chez les travailleurs du marbre et de la pierre à chaux.

Le nombre des ouvriers de la pierre, autres que les maçons, tels que les polisseurs ou les scieurs, fut peu important, mais suffit à montrer le faible pourcentage de cette maladie professionnelle chez eux.

La radiographie systématique révéla, en outre, une proportion élevée d'emphysème pulmonaire et de pleurésie ancienne ou récente.

Les mesures préventives contre ces affections sont ensuite envisagées, notamment la suppression des poussières, la ventilation des locaux et l'examen systématique des ouvriers pour éliminer les tuberculeux et les scléreux pulmonaires.

Robert Clément.

EL DIA MEDICO (Buenos-Ayres)

S. E. Luchetti. ***Technique de la greffe hypophysaire bovine à l'être humain*** (*El Dia Medico*, an. **11**, n° 42, 16 Octobre 1939, p. 962-963). — Les résultats déjà obtenus dans plus d'une soixantaine de cas, ont amené L. à décrire sa technique. Celle-ci se compose de deux temps: 1° l'obtention de la glande, 2° la greffe proprement dite.

Pour obtenir l'hypophyse du bœuf dans les meilleures conditions d'asepsie possible, il est nécessaire de se transporter à l'abattoir où la glande est prélevée aussitôt après l'abattage de la bête, selon une technique chirurgicale rigoureuse nécessitant un matériel opératoire et des récipients stériles.

La greffe, proprement dite, se faisait antérieurement dans la paroi abdominale et la glande était divisée avant l'implantation. L. a observé d'aussi bons résultats en introduisant directement dans le tissu sous-cutané la glande entière. La technique est la suivante:

Préparation d'un petit champ opératoire, anesthésié localement. Incision de la peau au niveau de la fosse iliaque. Incision du tissu cellulaire sous-cutané, de façon à former un petit tunnel où la glande, débarrassée de ses parties fibro-vasculaires, est déposée. Un point de suture pour ce plan, deux points pour le plan cutané. Aucun drainage. Pansement légèrement compressif.

Les soins post-opératoires se limitent à l'application d'une vessie de glace durant 24 à 48 heures. Enlèvement des fils 3 jours après la greffe.

L. insiste, en conclusion, sur le fait qu'il s'agit d'une thérapeutique par substitution, la résorption glandulaire étant inévitable.

Robert Coronel.

REVISTA DE MEDICINA Y CIENCIAS AFINES (Buenos-Aires)

N. Capizzano, R. Paterson Toledo, F. Megy et **J. Valotta.** ***Ostéopétrose généralisée. Maladie endémique en Argentine? Commentaire sur 9 cas*** (*Revista de Medicina y Ciencias Afines*, an. **1**, n° 4, 30 Août 1939, p. 15-24). — C., P.-T., M. et V. étudient les rapports existant entre l'intoxication par le fluor et l'ostéopétrose généralisée. Ces rapports sont aujourd'hui hors de doute. A l'occasion de la découverte fortuite d'une ostéopétrose généralisée, ils ont effectué des recherches qui au bout de plusieurs mois aboutirent à la constatation d'une série de 9 cas, radiologiquement contrôlés.

Tous les malades provenaient d'une même région de l'Argentine comprenant le territoire de la Pampa et les zones limitrophes de Buenos-Ayres et de Cordoba. Les conditions telluriques nécessaires à la détermination de l'affection, démontrée en Afrique du Nord, sont les mêmes dans les vastes plaines argentines. Aussi C., P.-T., M. et V. se demandent-ils si l'ostéopétrose ou squelette d'ivoire, ne serait pas un mal endémique régional de la République Argentine ?

Robert Coronel.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE NEUROLOGIA (Buenos-Aires)

J. C. Christensen. ***Valeur diagnostique de l'électro-encéphalogramme*** (*Archivos Argentinos de Neurologia*, vol. **21**, n° 12, p. 5-30). — C. nous rapporte l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour un syndrome d'hypertension cranienne. Le diagnostic clinique, diagnostic de probabilité, affirme une lésion frontale droite. La neurochirurgie ne pouvant se baser sur un tel diagnostic, C. pratique alors un encéphalogramme qui confirme ce diagnostic.

L'acte opératoire montre cependant une arachnoïdite chronique diffuse, prépondérante sur le lobe frontal droit.

C. discute ces résultats et conclut à l'existence d'une tumeur du lobe frontal, processus compressif interne, créateur des altérations mentionnées plus haut. Il conclut à l'utilité de la iodo-ventriculographie qui peut être un auxiliaire précieux pour l'étude du fonctionnement normal et pathologique du système nerveux central.

Robert Coronel.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ANATOMIA NORMAL Y PATOLOGICA (Buenos-Aires)

P. Bosq, C. Etchevarne et **Dj. Greenway.** ***Amibiase cutanée*** (*Archivos de la Sociedad Argentina de Anatomia Normal y patologica*, t. **1**, n° 2, Mai 1939, p. 116-123). — B., E. et G. présentent un cas d'amibiase cutanée périanale, affection rare et rarement diagnostiquée et qui demande toujours un contrôle de laboratoire.

La littérature médicale sur ce sujet montre que la peau saine n'est pas apte à la vie de l'amibe. C'est ce que corrobore l'observation de B., E. et G., d'un malade de 32 ans présentant une lésion ulcéro-végétante amibienne de la marge de l'anus. La formation d'ulcères d'étiologie amibienne nécessite une macération antérieure des téguments en contact direct avec un réservoir interne des parasites. Le processus, une fois présent, provoque un envahissement lent, chronique et résistant à tous les traitements, autres que les spécifiques de l'amibiase: l'émétine.

Robert Coronel.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (Buenos-Aires)

B. Moïa et **F. F. Batlle.** ***Le traitement des douleurs précordiales non angineuses par la vitamine B_1*** (*Revista Argentina de Cardiologia*, an. **6**, n° 2, Mai-Juin 1939, p. 73-82). — M. et B. ont traité 100 malades atteints de précardialgies non angineuses, par la vitamine B_1. Ceux-ci n'avaient éprouvé aucune amélioration du fait d'autres traitements antérieurs. Sur ces 100 malades, 18 étaient en bonne santé apparente, 7 présentaient un R.M. sans manifestations rhumatismales, 9 avaient une asthénie neurocirculatoire, et les 66 autres présentaient divers symptômes (hypertension, sclérose,



LAXATIF RÉGIME

Le PREMIER Produit FRANÇAIS
qui ait appliqué
LES MUCILAGES
au traitement de la
CONSTIPATION CHRONIQUE

THAOLAXINE

GÉLOSE PURE
(AGAR-AGAR)
combinée aux extraits de rahmnées.

POSOLOGIE
PAILLETTES, 1 à 4 cuil. à café à chaque repas
CACHETS,, 1 à 4 à chaque repas
COMPRIMÉS, 2 à 8 à chaque repas
GRANULÉ, 1 à 2 cuil. à café à chaque repas
(Spécialement préparé pour les enfants)



LABORATOIRES
DURET & REMY
& DOCTEUR PIERRE ROLLAND
RÉUNIS
Asnières-Paris

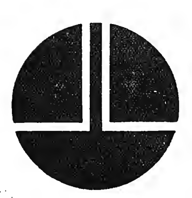
COMPRIMÉS DE

veinosine

AFFECTIONS
VEINEUSES

PUBERTÉ
MÉNOPAUSE

CITRATE DE SOUDE
HYPOPHYSE THYROÏDE
HAMAMÉLIS
ET MARRON D'INDE



LABORATOIRES LEBEAULT
5, RUE BOURG L'ABBÉ-PARIS

LÉON ULLMANN

vasculaire, etc...). Chez ces 100 sujets, la préparation de vitamine B_1 cristallisée du commerce, administrée par voie parentérale à raison de 10 *mg.* tous les 2 jours, amena la disparition totale des douleurs chez 50 pour 100 des sujets et une amélioration dans 40 pour 100 des cas ; échec dans le pourcentage restant. Les résultats, nous signalent M. et B., sont habituellement durables : aussi concluent-ils à l'essai, sur une plus grande échelle, de cette méthode qui semble donner d'excellents résultats.

ROBERT CORONEL.

REVISTA ARGENTINA DE TUBERCULOSIS
(Buenos-Ayres)

M. Pastor et **L. R. Zunino.** ***Ombres fugaces pulmonaires*** (*Revista Argentina de Tuberculosis*, vol. 5, n° 4, Septembre 1939, p. 139-165). — En accord avec les autres auteurs, P. et Z. dénomment ombres fugaces, les ombres, opacités ou infiltrations pulmonaires, éphémères s'accompagnant de *signes cliniques minimes*, principalement d'ordre respiratoires et dont la caractéristique principale est la disparition en quelques jours ou semaines.

L'expérience personnelle de P. et Z. a porté sur 20 cas. A la suite de leurs examens, ils nous apportent le résultat de ceux-ci. Les ombres fugaces pulmonaires ne sont pas une entité nosologique mais, jusqu'à un certain point, un symptôme répondant à diverses étiologies (grippe, rougeole, coqueluche, typhus, etc...). La tuberculose est très rarement en cause.

En dehors de la présence du bacille de Koch, aucun examen clinique, de laboratoire, ni radiologique ne peut affirmer la nature bacillaire de cette affection pulmonaire fugace.

ROBERT CORONEL.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CARDIOLOGIE
(Bruxelles)

M. Wybauw. ***Quelques observations cliniques relatives à l'emploi de la vitamine B_1 en thérapeutique cardio-vasculaire*** (*Bulletin de la Société belge de Cardiologie*, t. 6, n° 4, Novembre 1939, p. 83-114). — Chez cinq malades, atteints de syndromes cardiaques ou artériels confirmés : 1° artériosclérose, hypertension chronique, angine chronique d'effort; 2° athérome aortique, angine chronique d'effort; 3° rétrécissement mitral et fibrillation auriculaire; 4° hypertension chronique; 5° rétrécissement mitral, on a injecté d'abord 10 mg. par jour, puis 2 mg. par jour ou tous les deux jours de vitamine B_1. Les symptômes fonctionnels présentés par ces sujets : douleurs angineuses au repos, crises angineuses paroxystiques, dyspnée paroxystique à l'effort et au repos, œdème, stase pulmonaire, poussées hypertensives, extrasystoles, ont semblé être améliorés par cette médication, ainsi que d'autres symptômes digestifs, nerveux ou musculaires.

Dans ces observations, on trouve 4 fois sur 5 des conditions de régime défavorables qui ont précédé l'apparition des troubles fonctionnels : régimes restrictifs totaux ou à prédominance de glucides et de graisses, régime sans viande ou pauvre en protéines, restriction des crudités.

Ces erreurs de régime peuvent être incriminées avec quelque vraisemblance, et une carence fruste, intéressant la vitamine B_1 et probablement d'autres éléments, être considérée comme étant à la base de la symptomatologie observée, qui ne serait pas due exclusivement aux lésions anatomo-pathologiques existantes.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA MEDICA
(Rio de Janeiro)

Raymondo Britto. ***La période préopératoire dans le goitre toxique*** (*Acta Medica*, vol. 4, n° 4, 1939, p. 157). — B., après avoir rapidement tracé l'historique de la chirurgie thyroïdienne au Brésil, apporte le résultat d'une centaine de cas personnels opérés. Il remarque que les succès de l'acte opératoire dépendent : de la précocité opératoire, de l'emploi de l'iode dans la période préopératoire, d'un examen du métabolisme. Quant au point de vue chirurgical, il note les énormes progrès de la technique chirurgicale et de l'emploi de l'anesthésie locale.

Les soins particuliers au cours de la période préopératoire sont extrêmement importants, et B. donne une large place à l'examen laryngoscopique, au repos, à l'isolement du malade. Le climat et la psychothérapie sont des facteurs de succès de la préparation, ainsi que le régime alimentaire, l'emploi de la vitamine A et, enfin, les traitements étiologiques : l'iodothérapie et les médications cardiaques.

En dernier ressort, l'organothérapie et les soins et surveillance de la veille de l'intervention parachèveront tous les soins et traitements de cette période, qui peut être considérée comme un temps capital de l'intervention.

ROBERT CORONEL.

REVISTA ESPAGNOLA DE MEDICINA Y CIRURGIA DE GUERRA

J. A. Pascual. ***Emploi d'un appareil original pour l'observation endoscopique des cavernes tuberculeuses. Emploi de cet appareil pour l'aspiration endocavitaire de Monaldi*** (*Revista Espanola de Medicina y Cirurgia de guerra*, an. 2, n° 14, Octobre 1939, p. 233-266). — Avant de donner des précisions sur sa technique et son appareillage, P. insiste sur le fait que l'endoscopie cavitaire, introduite par lui selon sa technique, facilite l'intervention et en même temps permet d'introduire de nouvelles méthodes de traitement interne des lésions cavitaires, comme la cautérisation diathermique des bronches, de drainage par exemple.

D'autre part, l'aspiration endocavitaire de Monaldi ne doit pas être appliquée à tout porteur de caverne et seuls sont justiciables de ce traitement les malades chez qui un traitement normal n'aura pas donné de résultats. L'étude de la spélonque est nécessaire, chez ces malades, et l'aspiration de Monaldi correspond à des cas cliniques bien définis (parois de la caverne, diamètre des bronches du drainage, emplacement, etc.).

L'expérience de P. lui a permis de faire construire, sur ses indications, un thoracoscope d'un modèle spécial : calibre égal à la sonde de Nélaton n° 12, ampoule à extrémité supérieure épousant la forme d'une pointe de trocart normal. Ainsi le thoracoscope sert de trocart, ce qui permet une introduction minime de l'appareil, et minimise les risques d'obscurcissement de l'ampoule, protégée par le trocart.

Le *modus operandi* est très simple. Incision de la peau, jusqu'à un plan proche de la plèvre. Chauffage du prisme du trocart avant l'introduction, l'ampoule étant allumée.

Le premier temps est constitué par l'introduction d'une aiguille exploratrice. Le deuxième temps concerne l'introduction du trocart de P., parallèlement et dans un plan rapproché à celui de l'aiguille exploratrice. Lorsqu'il s'agit d'aspiration on continue l'opération en un troisième temps qui consiste à substituer à l'ampoule, une fois l'examen fait, une sonde. L'aspiration se faisant avec une sonde de Nélaton n° 12.

P. insiste sur le fait que cette méthode ne doit être pratiquée qu'une fois l'indication et les repères anatomiques nettement délimitées.

ROBERT CORONEL.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

G. Piness et **H. Miller.** ***Allergie des voies respiratoires supérieures chez les nourrissons et les enfants*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 113, n° 9, 26 Août 1939, p. 734-737). — Dans cet article fort utile, P. et M. insistent sur la fréquence des manifestations allergiques pharyngées et s'élèvent en particulier contre les excès de l'amygdalectomie chez ces malades. Rien, en effet, ne permet de croire que l'ablation des amygdales chez un enfant atteint d'asthme, de bronchites à répétition d'origine allergique, ou même d'hypertrophie amygdalienne simple, puisse être en quoi que ce soit amélioré par la tonsillectomie. « L'allergie n'est pas une affection chirurgicale » disent P. et M. ; et nous croyons que bien des spécialistes français pourraient, comme leurs collègues américains qui enlèvent plus de 1.000.000 d'amygdales chaque année, méditer cet aphorisme.

R. RIVOIRE.

S. Blackford. ***Le pneumothorax spontané chez les étudiants*** (*The Journal of the Americain medical Association*, vol. 113, n° 9, 26 Août 1939, p. 737-739). — B. s'élève contre l'opinion généralement adoptée qui attribue à la tuberculose les pneumothorax spontanés. Tout au contraire, aussi bien l'évolution clinique que l'anatomie pathologique permet de croire que la tuberculose ne joue aucun rôle dans cette étiologie : c'est ainsi que chez 250 malades atteints de pneumothorax spontané (survenu en dehors d'une tuberculose pulmonaire avérée), 6 seulement devinrent tuberculeux dans les 5 années suivantes, c'est-à-dire une proportion nettement identique à celle des sujets n'ayant pas eu de pneumothorax. Anatomiquement, dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on a constaté l'existence de petits kystes aériens non pleuraux, probablement congénitaux, dont la rupture avait déterminé le pneumothorax. Il faut donc se garder de poser un pronostic trop sombre en présence d'un pneumothorax spontané : 15 jours de repos au lit et tout rentrera dans l'ordre probablement.

R. RIVOIRE.

P. Woodbridge, J. Horton et **K. Connel.** ***Prévention des explosions d'anesthésiques par l'étincelle statique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 113, n° 9, 26 Août 1939, p. 740-744). — L'utilisation du cyclopropane en anesthésie a soulevé en Amérique de sérieux problèmes, du fait de la grande tendance explosive de ce gaz. De nombreux accidents mortels sont survenus, malgré toutes les précautions prises : on sait maintenant que les gaz s'enflamment à cause de la production d'étincelles statiques entre la malade et l'aide-anesthésiste. De très nombreuses recherches ont été effectuées pour essayer de dépister les causes de charge statique, et pour en éviter la production. W., H. et C. exposent dans cet article, trop technique pour être résumé, les conclusions de leurs recherches et la technique qu'ils proposent pour éviter les graves explosions. Tout chirurgien désirant utiliser l'anesthésie au cyclopropane ferait bien de s'y reporter.

R. RIVOIRE.

H. Taylor. ***Otites et sinusites chez les nageurs*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 113, n° 10, 2 Septembre 1939, p. 891-894). — Dans cet article, T. explique pourquoi les accidents infectieux du nez, de l'oreille et des sinus sont si fréquents chez les nageurs, même dans les piscines où l'eau est bactériologiquement très pure. Cela tient en premier lieu à ce que l'homme n'est pas adapté au séjour dans l'eau, à l'inverse de

LA THERAPEUTIQUE PAR LA VITAMINE A

A "313"
EXTERNE
Solution huileuse de Vitamine A et de ses produits de désintégration
PLAIES ATONES
ESCHARES - BRULURES
FISTULES

A "313"
INJECTABLE
Solution à 3 1/2 0/0 de Vitamine A
SEPTICÉMIES - FIÈVRES TYPHOIDES - COLITES
INFECTIONS LOCALES

A "313"
INGÉRABLE
Solution à 5 0/0 de Vitamine A
FIÈVRES TYPHOIDES
INFECTIONS PUERPÉRALES
HYPERTYROIDIES

VITAOL
Huile de foie de morue survitaminée
2.000 unités de Vitamine A par gr.
CROISSANCE
DÉBILITÉ
CONVALESCENCE

CHABRE FRÈRES ◆ Docteurs en Pharmacie ◆ TOULON

NEZ GORGE
OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES
Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées

Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe, MONTREUIL (Seine)

GOMENOL
(Nom et Marque déposés)
Antiseptique idéal interne et externe
Inhalations - Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO - Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE - Eau gomenolée

GOMENOLÉOS
dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.
Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL
Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-Xe



certains batraciens, reptiles, oiseaux ou mammifères; en particulier, il n'existe chez l'homme aucun organe permettant l'occlusion des narines et des oreilles, comme on en observe chez tous les animaux adaptés à de longs séjours dans l'eau. En second lieu, il semble que l'immersion prolongée dans l'eau froide produit une macération des muqueuses nasales et auriculaires, favorable à l'effraction par les microbes saprophytes des barrières périphériques. Enfin, le séjour dans l'eau froide détermine un refroidissement du corps pouvant atteindre 2 à 4°, ce qui détermine une diminution de la résistance générale de l'organisme. Du point de vue pratique, voici quels sont les conseils de T.:

1° Occlure les oreilles avec des boules de cire;
2° Au cours des plongeons, expirer lentement et sans interruption dans l'eau pour empêcher l'invasion des voies respiratoires par l'eau;
3° Interdire formellement les plongeons aux sujets atteints de perforation du tympan.

R. Rivoire.

T. Jones et **J. Mote.** ***L'importance clinique des infections des voies respiratoires dans le rhumatisme articulaire aigu*** (*The Journal of the American medical Association*, vol **113**, in-10°, 2 Septembre 1939, p. 898-902). — J. et M. ont entrepris une vaste étude statistique afin de démontrer le rôle déclanchant des infections des voies respiratoires dans le rhumatisme articulaire aigu. Ils ont constaté que les premières attaques de cette maladie sont précédées d'une infection respiratoire dans près de 60 pour 100 des cas, cette infection étant presque toujours un simple coryza. Dans les 40 pour 100 des cas en apparence non précédés d'infections respiratoires, les examens sérologiques pratiqués par J. et M. ont cependant semblé démontrer l'existence d'une infection inapparente au streptocoque hémolytique. Chez les malades rhumatisants chroniques, les coryza déclanchent une récidive des symptômes dans 50 pour 100 des cas environ.

Si cette étude ne permet pas de conclure formellement au rôle étiologique du streptocoque dans la pathogénie du rhumatisme articulaire, elle démontre cependant de façon certaine que ce microbe joue une action déclenchante sur les crises de la maladie.

R. Rivoire.

C. Rosser et **J. Kerr.** ***Le cancer du rectum chez les jeunes*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 13, 23 Septembre 1939, p. 1192-1194). — Il semble que le cancer du rectum ait une tendance à s'observer chez des sujets plus jeunes qu'autrefois. C'est ainsi que R. et K., ayant relevé les 100 derniers cas consécutifs entrés à l'hôpital, en ont trouvé 17 chez des sujets au-dessous de 35 ans. Il ne semble pas d'ailleurs que ces cancers juvéniles aient un degré de malignité supérieur à celui des cancers séniles: parmi les 17 malades observés, la moitié est encore en vie 2 ans après l'intervention, ce qui est une proportion honorable. Cependant, l'évolution des symptômes est d'ordinaire plus rapide chez les jeunes, les propagations lymphatiques ou organiques plus précoces: d'où la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention dès le début de la maladie.

R. Rivoire.

H. Faxon. ***Amputations majeures pour artérite oblitérante périphérique avancée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 13, 23 Septembre 1939, p. 1199-1203). — Cet intéressant article résume l'expérience d'une clinique spécialisée dans le traitement des artérites oblitérantes. F. expose ses vues sur la technique d'amputation applicable à chaque cas particulier, et donne des conseils pleins de sagesse sur la conduite à tenir en cas de maladie de Buerger, d'artérite artérioscléreuse et d'artérite diabétique. Bien qu'il soit difficile de résumer un tel article, disons cependant que F. distingue deux cas bien distincts: les cas graves avec infection ascendante menaçante, qui nécessitent une amputation ouverte à la guillotine d'urgence, avec ultérieurement une intervention secondaire si le malade ne meurt pas; et les cas moins urgents, pour lesquels une amputation fermée à la partie moyenne de la jambe est l'opération de choix. La mortalité générale a été, au cours de ces dernières années, de 13 pour 100 seulement, les meilleurs résultats ayant été obtenus dans la maladie de Buerger, les plus mauvais dans l'artérite diabétique.

R. Rivoire.

J. Klander et **A. Corvan.** ***L'examen de la cornée et la microscopie à la lampe à fente dans le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, en particulier chez l'adulte*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 18, 28 Octobre 1939, p. 1624-1627). — La kératite interstitielle due à l'hérédo-syphilis laisse toujours une cicatrice, qui peut être invisible à l'examen et non perçue par le malade, mais qu'il est presque toujours possible de déceler par un examen ophtalmoscopique avec éclairage oblique, et qu'un examen à la lampe à fente révèle toujours. Les cliniciens et les syphilologues doivent donc considérer que leur examen d'un sujet suspect d'hérédo-syphilis n'est pas complet si sa cornée n'a pas été regardée à la lampe à fente. Il y a là une méthode de diagnostic peu connue, mais fort importante, qui peut rendre de grands services dans ce diagnostic si difficile. Bien entendu, l'absence de modification cornéenne prouve seulement que le sujet n'a pas eu de kératite interstitielle, mais ne permet en aucune façon d'éliminer la possibilité de l'hérédo-syphilis.

R. Rivoire.

J. Nielsen. ***Paralysie nerveuse retardée à la suite d'une contraction musculaire unique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 20, 11 Novembre 1939, p. 1801-1804). — N. attire l'attention sur la possibilité de l'apparition d'une paralysie d'un nerf périphérique à la suite d'une seule contraction musculaire inhabituelle, par exemple un faux pas, un violent effort du bras pour reprendre son équilibre; et cette paralysie peut apparaître seulement quelques heures ou quelques jours après l'effort musculaire. N. cite 5 observations assez démonstratives, et insiste sur les conditions indispensables pour attribuer une paralysie nerveuse à une telle étiologie: 1° quelques troubles sensoriels dans le territoire nerveux immédiatement après l'effort musculaire; 2° la persistance ou la reprise de ces troubles sensoriels pendant les heures ou les jours suivants; 3° la possibilité d'une compression du nerf par le muscle présumé responsable; 4° l'apparition de la paralysie au maximum 2 mois après l'effort.

R. Rivoire.

M. Spearman et **W. Vandevère.** ***La sulfapyridine dans le trachome*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 20, 11 Novembre 1939, p. 1807-1808). — A la liste tous les jours croissante des maladies améliorées par la sulfapyridine, il faudrait, d'après S. et V., ajouter le trachome. Ceux-ci rapportent, en effet, deux observations de trachome chronique améliorées de façon surprenante par cette thérapeutique. Bien que deux observations ne permettent pas une conclusion formelle, l'amélioration observée dans ces deux cas, jusque-là rebelles aux autres thérapeutiques, était si importante, qu'il est probable que le virus trachomateux est sensible à la sulfapyridine. Ces deux observations doivent, en tout cas, inciter les ophtalmologistes à essayer cette thérapeutique dans le trachome, affection redoutable et si difficile à traiter.

R. Rivoire.

J. Edwards, C. Hoagland et **L. Thompson.** ***La cuti-réaction aux polysaccharides spécifiques dans la sérothérapie de la pneumonie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 21, 18 Novembre 1939, p. 1876-1880). — La cuti-réaction aux polysaccharides spécifiques a été étudiée par E., H. et C. dans 114 cas de pneumonies causées par des pneumocoques du type I, II, V, VII, VIII et XIV et traités par du sérum de lapin antipneumococcique spécifique. Cette cuti-réaction n'est positive que lorsque le taux des antitoxines du sang est notable: il est donc inutile de faire du sérum lorsque la réaction est positive, sauf s'il existe des complications cardiaques. Au contraire, chez les sujets à réaction négative, il faut injecter du sérum à doses croissantes jusqu'au virage de la cuti-réaction.

Cette réaction donne également des renseignements intéressants pour le pronostic: une réaction restant négative malgré de fortes doses de sérum est d'un très mauvais pronostic.

La cuti-réaction aux polysaccharides semble être un moyen intéressant, mais non infaillible, de contrôler la sérothérapie chez les pneumoniques.

R. Rivoire.

W. Winters et **S. Egau.** ***La fréquence des hémorragies avec perforation dans l'ulcère peptique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 25, 16 Décembre 1939, p. 2199-2204). — W. et E. publient une statistique des cas de perforation et d'hémorragie, observés au Cook County Hospital, pendant les quatre dernières années, statistique portant sur 361 malades et recherchant surtout la fréquence de l'apparition simultanée de perforation et d'hémorragies. Cette statistique révèle la fréquence de l'apparition simultanée de ces deux complications, qui s'est observée dans 10 pour 100 des cas de perforation et dans 1 pour 100 des cas totaux. La statistique révèle, en outre, que les perforations s'observent plus souvent chez l'homme que chez la femme, et particulièrement entre 40 et 60 ans, tandis que les perforations avec hémorragie s'observent plus fréquemment entre 60 et 70 ans.

R. Rivoire.

H. Trusler, H. Egbert et **H. Williams.** ***Le shock des brûlés; la question de l'intoxication hydrique comme facteur complicant: études chimiques du sang et observation d'une brûlure étendue traitée par des transfusions répétées de sang et de plasma*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 25, 16 Décembre 1939, p. 2207-2213). — T., E. et W. ont étudié de façon très complète, au point de vue sanguin, deux cas de brûlures étendues, afin d'élucider la question toujours si mystérieuse du shock des brûlés. Voici quelles sont les conclusions de ce travail:

1° La cause de la mort en cas de brûlure est variable. Dans les premières heures, elle est due à un shock circulatoire, lié à la stase vasculaire et à la perte de plasma qui s'échappe dans les tissus. Dans la suite, il s'installe un syndrome complexe où la perte de liquide s'accompagne d'autres processus morbides dus à l'inflammation thermique diffuse, responsable de l'intoxication.

2° L'administration des quantités importantes de liquides peut donner une intoxication hydrique mortelle.

3° Le seul traitement efficace du shock thermique est la transfusion sanguine ou plasmatique répétée.

R. Rivoire.

J. Page. ***Production d'une hypertension artérielle persistante par une péri-néphrite à la cellophane*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **113**, n° 23, 2 Décembre 1939, p. 2046-2048). — P. expose brièvement dans cet

Granules de CATILLON

à 0.001 EXTRAIT TITRÉ de

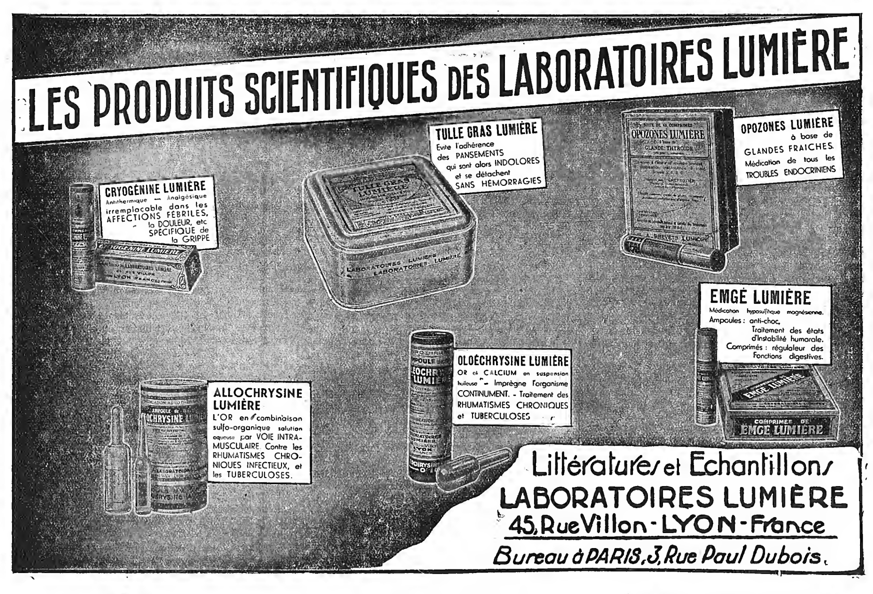
STROPHANTUS

TONIQUE du CŒUR . DIURÉTIQUE

Effet immédiat — innocuité — ni intolérance ni vasoconstriction — on peut en faire un usage continu

*Prix de l'Académie de Médecine pour « **Strophantus et Strophantine** », Médaille d'Or Expos. univ. 1900*

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



2 PILULES GLUTINISÉES — NOUVEAU CORPS IODÉ ORIGINAL CITRATÉ — 2 à 3 FOIS PAR JOUR

IODOCITRANE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

TROUBLES ARTÉRIELS ET VEINEUX

MALADIES DE LA CINQUANTAINE
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS

article les résultats d'intéressantes expériences dans lesquelles il a obtenu chez le chien, le chat et le lapin une hypertension artérielle considérable et persistante en produisant une péri-néphrite sévère par application directe de cellophane sur le rein. L'ischémie rénale est obtenue ainsi d'une façon différente de celle utilisée ordinairement, c'est-à-dire en plaçant une ligature incomplète sur le pédicule rénal.

L'ablation du rein traité fait disparaître l'hypertension, alors que la simple énervation du pédicule rénal est sans action.

La surrénalectomie bilatérale supprime l'hypertension, mais un certain degré d'hypertonie subsiste chez les animaux traités par le chlorure de sodium et l'hormone cortico-surrénale.

La quantité d'activateur de la rénine dans le plasma des animaux hypertendus est augmentée.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. E. Howard et **S. A. Vest.** ***Nouvelles observations sur l'action du propionate de testostérone dans l'insuffisance génitale de l'adulte. Recherches sur l'implantation de testostérone*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **198**, n° 6, Décembre 1939, p. 823-837). — Pendant deux années consécutives H. et V. ont employé avec succès les injections sous-cutanées de propionate de testostérone dissous dans l'huile de sésame chez 22 adultes présentant de l'insuffisance génitale. Les caractères sexuels secondaires se sont développés ou rétablis; l'appétit sexuel et la puissance génitale se sont manifestés à un degré sensiblement normal. La dose choisie pour atteindre et maintenir ces résultats a été de 25 *mg.* injectés deux fois par semaine. Des doses plus faibles, mais injectées plus fréquemment, se sont montrées aussi efficaces, mais si les injections ne sont faites que deux fois par semaine, les doses inférieures à 25 *mg.* ne permettent pas d'obtenir des résultats thérapeutiques complets.

Afin d'éviter les injections répétées, H. et V. ont inséré sous la peau du bras des cylindres de testostérone pure cristallisée et comprimée, du poids de 0 *g.* 10 à 0 *g.* 80. Les résultats se montrent jusqu'ici très encourageants et équivalent à ceux des injections, tout en apportant le minimum de gêne aux patients.

P.-L. Marie.

A. J. Quick et **A. M. Grossman.** ***Nature de la maladie hémorragique du nouveau-né. Le retard du rétablissement du taux de la prothrombine*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **199**, n° 1, Janvier 1940, p. 1-9). — Jusqu'ici la cause de la maladie hémorragique des nouveau-nés demeurait très obscure. On l'a attribuée successivement à une prédisposition héréditaire, au fonctionnement défectueux du foie, à l'infection, à l'hérédo-syphilis, à des troubles de la coagulation sanguine.

Q. et G. ont constaté que, chez l'enfant, le taux de la prothrombine, dosée par la méthode de Quick, est, à la naissance, à peu près le même que chez l'adulte, mais que, durant les premiers jours de la vie, il s'abaisse souvent brusquement pour se relever ensuite spontanément et assez rapidement jusqu'au niveau normal. Ils pensent que ce rétablissement est en rapport avec l'apparition de la flore bactérienne intestinale, celle-ci intervenant dans la synthèse de la vitamine K, essentielle pour la production de la prothrombine. Ainsi, la cause de la maladie hémorragique des nouveau-nés serait un retard dans le rétablissement du taux de la prothrombine qui permet la production d'hémorragies externes et internes qui, d'ordinaire limitées, peuvent cependant se montrer mortelles. L'administration de vitamine K par la bouche est capable de les juguler. L'ictère du nouveau-né est indépendant du taux de la prothrombine.

Ces recherches viennent d'être confirmées par celles de Nygaard.

P.-L. Marie.

Th. R. Waugh, **F. T. Merchant** et **G. B. Maughan.** ***Recherches sur l'hématologie du nouveau-né. Bilirubine directe et totale du sang. Détermination pendant une période de 9 jours. Rapports avec l'ictère des nouveau-nés*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **199**, n° 1, Janvier 1940, p. 9-22). — W., M. et M. ont déterminé au moyen du colorimètre photo-électrique d'Evelyn la teneur du sang en bilirubine directe et totale durant les 9 premiers jours de la vie. Ils ont constaté à la naissance une hyperbilirubinémie qui augmente pendant les 4 premiers jours, puis disparaît. Parmi ces nouveau-nés 30 pour 100 présentèrent de l'ictère. Si l'on compare la présence d'un ictère cliniquement appréciable avec le degré de l'hyperbilirubinémie, on constate qu'il se rencontre en général quand le taux de la bilirubine totale atteint 5 *mg.* pour 100 ou plus. On peut voir cependant de l'ictère avec des chiffres inférieurs de bilirubine et rencontrer une absence d'ictère avec des chiffres plus élevés. Il semble que tous les nouveau-nés réagissent de la même façon aux réajustements de la vie extra-utérine, qu'ils présentent ou non de la jaunisse.

W., M. et M. ont tenté de préciser l'existence d'un rapport entre le taux de la destruction sanguine des premiers jours de la vie, le degré d'hyperbilirubinémie et la production de l'ictère des nouveau-nés. Leurs recherches montrent : 1° qu'il y a une baisse continue de l'hémoglobine et du volume des hématies durant cette période, tandis que la bilirubinémie atteint son maximum le 4e jour, puis tombe à la normale; 2° qu'il n'y a pas de rapport chez un sujet donné ni entre la baisse totale de l'hémoglobine et du volume des hématies et le degré de la bilirubinémie durant cette période ni entre les changements présentés par l'hémoglobine, le volume des hématies et la concentration totale en bilirubine lors d'un jour quelconque; 3° qu'il n'y a pas de rapport entre le taux initial de l'hémoglobine et le volume des hématies d'une part, et le développement de l'hyperbilirubinémie d'autre part. De plus, on ne put mettre en évidence de rapport chez un sujet donné entre le taux initial et les variations subséquentes de l'hémoglobine et du volume des hématies d'une part, et l'apparition de l'ictère d'autre part ; 4° que la résistance globulaire s'accroît durant cette période et que les variations de l'indice d'hémolyse chez les nouveau-nés normaux n'ont pas d'effet sur le degré d'hyperbilirubinémie constatée; 5° qu'il n'existe pas de différence significative entre enfants ictériques et enfants non-ictériques quant aux rapports entre la fragilité globulaire et le degré de la bilirubinémie. Toutes ces constatations plaident contre l'opinion de ceux qui font dépendre le développement de l'ictère du degré de destruction sanguine ou de l'existence d'une hémolyse anormale à la naissance. Il est évident que la présence d'une hémolyse accrue permet la production d'une grosse quantité de bilirubine en un temps relativement court et rend possible l'apparition d'une quantité excessive de bilirubine sanguine, mais ni le taux de la bilirubinémie ni le développement subséquent de l'ictère des nouveau-nés ne présentent de rapport direct avec le degré de la destruction sanguine chez un sujet donné.

Rien dans ces constatations ne contredit les conceptions de ceux qui expliquent l'ictère par des variations dans la capacité des cellules hépatiques à excréter la bilirubine en excès qui leur est apportée à cette période. Si ces observations ne prouvent pas le bien-fondé de la théorie hépatogène, le fait qu'elles ne la contredisent aucunement constitue une forte présomption en sa faveur. W., M. et M. pensent donc que l'hyperbilirubinémie en général, et l'ictère des nouveau-nés en particulier, sont rendus possibles par une destruction sanguine accrue qui se produit manifestement durant les premiers jours de la vie, mais que la production d'une bilirubinémie suffisante pour déterminer cliniquement de l'ictère dépend de la capacité fonctionnelle des cellules hépatiques à excréter la bilirubine en excès.

Les méthodes employées ont permis d'apprécier quantitativement la bilirubine donnant la réaction directe et la réaction indirecte. W., M. et M. ont montré que l'hyperbilirubinémie du nouveau-né, qu'elle atteigne ou non un degré suffisant pour produire de l'ictère, est due entièrement à une ascension de la bilirubine indirecte tandis que le taux de la bilirubine directe reste étonnamment constant.

Dans les quelques cas d'anémie hémolytique des nouveau-nés (érythroblastose) observés il fut constaté que ces enfants étaient nés avec une hyperbilirubinémie atteignant un taux bien plus élevé que chez le nouveau-né normal, qu'il y ait ou non de l'ictère. De plus, tandis que la bilirubine directe, comparée à celle du nouveau-né normal, n'est pas augmentée, elle tend pareillement à augmenter plus tard, ce qui fait penser à l'existence dans ces cas d'un facteur d'obstruction associé. On put constater en même temps chez ces enfants une augmentation de la fragilité globulaire et une anémie grave. Aussi doit-il s'agir de processus différents de ceux qui se déroulent dans l'ictère des nouveau-nés.

P.-L. Marie.

H. F. Dowling et **T. A. Abernethy.** ***Le traitement de la pneumonie à pneumocoques. Comparaison des résultats obtenus avec le sérum spécifique et la sulfapyridine*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. **199**, n° 1, Janvier 1940, p. 55-62). — 96 cas de pneumonie ont été traités par le sérum spécifique avec une mortalité de 16,7 pour 100 tandis que 136 cas traités par la sulfapyridine ont donné 11 pour 100 de décès. Le taux de mortalité fut sensiblement le même dans les deux catégories pour les cas accompagnés de pneumococcémie, mais nettement plus bas avec la sulfapyridine chez les patients ayant dépassé 40 ans et chez les malades ayant deux lobes atteints ou davantage.

D. et A. estiment que sérum spécifique et sulfapyridine sont deux agents de grande valeur dans le traitement de la pneumonie, mais qu'il est encore impossible de dire définitivement lequel des deux l'emporte sur l'autre.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY (Boston)

S. Jarcho et **D. A. Anderson.** ***Auto-transplantation traumatique de tissu splénique*** (*The American Journal of Pathology*, t. **15**, n° 5, Septembre 1939, p. 527-547). — J. et A. relatent deux cas dans lesquels, chez des enfants de 6 ans et de 12 ans, ayant subi une splénectomie pour une rupture traumatique de la rate et réopérés, le premier, 2 ans après pour une gangrène de l'iléon due à des adhérences post-opératoires, le second, 8 ans après pour une appendicite suppurée, on trouva de nombreux nodules constitués par un tissu semblable au tissu splénique disséminés dans la cavité péritonéale.

Ils ont recueilli 8 cas semblables dans la littérature et 4 autres faits dans lesquels il n'existait pas d'histoire nette de traumatisme. Dans 2 de ces derniers cas la rate et le rein gauche présentaient de la sclérose et des cicatrices. On a signalé des faits analogues chez les animaux.

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour

25 ANNÉES D'EXPÉRIENCE

CONFORT EFFICACITÉ RÉPUTATION

PTOSES VISCÉRALES

SULVA

SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE

Les CEINTURES "SULVA" AVEC OU SANS PELOTES RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE DES FONCTIONS DIGESTIVES

BERNARDON
18, Rue de la Pépinière, PARIS 8e
Tél. Laborde 16-86-17-35

EUPHORYL
Cachets - Dragées - Intraveineux - Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine.*



SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution | ¼ cuil. à café mesure ou 70 gouttes | = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL INFANTILE
(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age



HIRUDINASE
(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" DE PARIS — ANA — *transférés pour la durée des hostilités :* 34, Av. Victor-Hugo, PARTHENAY (D.-S.)

expliquer ces constatations. Selon la première, les nodules résulteraient de l'hypertrophie de tissu lymphoïde ou d'ébauches spléniques pré-existants, la splénectomie exerçant une influence stimulatrice sur eux. Mais on peut objecter qu'on ne rencontre pas de tissu lymphoïde ou splénique dans les endroits (sous-séreuse intestinale, diaphragme) où l'on constate le plus souvent les nodules spléniques. On a soutenu aussi qu'il pouvait s'agir de la néoformation par le péritoine d'organes ressemblant à la rate (splénoïdes), mais cette théorie manque de fondement sérieux. Le fait que les nodules disséminés en nombre considérable ne se rencontrent qu'après splénectomie pour rupture traumatique de la rate incline à penser que le facteur déterminant est le traumatisme, et non la splénectomie. D'autre part, les constatations expérimentales montrent que le tissu splénique est susceptible d'auto-transplantation. Aussi, c'est à l'opinion suivante que J. et A. se rallient: les nodules sont dus à la transplantation autoplastique de particules de la rate détachées du corps de l'organe et disséminées grâce à l'hémorragie.

P.-L. Marie.

W. J. Mac Neal, M. J. Spence et M. Wasseen. ***Reproduction expérimentale de l'endocardite lente*** (*The American Journal of Pathology*, **t. 15**, n° 6, Novembre 1939, p. 695-706). — En injectant par voie veineuse de façon répétée de grosses doses de cultures en bouillon-sérum de *Streptococcus viridans* isolés de cas d'endocardite lente, M., S. et W. ont réussi à réaliser cette maladie chez le lapin. Les lésions d'endocardite obtenues ont été d'ordinaire très manifestes et très reconnaissables à l'œil nu, ressemblant à celles qu'on voit chez l'homme, histologiquement elles sont identiques aussi à celles de la maladie humaine et on y rencontre de gros amas de streptocoques.

Chez le lapin ces lésions présentent assez souvent une tendance évidente à la guérison, ce qui indique que cet animal pourrait être utile pour éprouver la valeur thérapeutique des mesures thérapeutiques instituées contre l'endocardite lente. M., S. et W. ont commencé des essais dans cette direction.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

M. T. Moore. ***Traitement de la sclérose en plaques par l'acide nicotinique et la vitamine B_1*** (*Archives of internal Medicine*, t. **65**, n° 1, Janvier 1940, p. 1-20). — Se fondant sur les résultats assez encourageants donnés dans la sclérose en plaques par la pyrétothérapie, résultats attribuables à la vaso-dilatation et à une meilleure irrigation sanguine et, d'autre part, sur les poussées hyperémiques de la peau constatées dans la pellagre à la suite des injections d'acide nicotinique, M. a administré ce dernier, associé à la vitamine B_1, dont l'action eutrophique sur le système nerveux est connue, à 5 malades atteints de sclérose en plaques arrivée à un stade avancé et dont l'évolution n'avait pu être arrêtée jusque-là par aucune des thérapeutiques variées mises en œuvre.

M. a pu contrôler tant cliniquement qu'expérimentalement sur le chat la vaso-dilatation provoquée par l'acide nicotinique, non seulement au niveau de la peau, mais aussi au niveau du névraxe. Il a vu que l'acide nicotinique et la vitamine B_1, celle-ci sous forme de chlorure de thiamine, peuvent être donnés par voie parentérale à des doses considérables, 120 mg. pour le premier, 33 mg. pour la seconde, pendant des périodes prolongées sans déterminer d'effets fâcheux.

Les patients ainsi traités ont éprouvé une amélioration continue et considérable des symptômes objectifs et subjectifs. La suspension du traitement fut suivie d'un retour de la spasmodicité et de l'incoordination qui rétrocédèrent de nouveau après reprise de la médication combinée, réclamée d'ailleurs par les patients.

P.-L. Marie.

N. S. Schlezinger. ***Appréciation des résultats thérapeutiques obtenus dans la myasthénie grave*** (*Archives of internal Medicine*, t. **65**, n° 1, Janvier 1940, p. 60-77). — S. décrit une série d'épreuves dignes de foi destinées à mesurer la force musculaire et la fatigabilité. Il les a mises en œuvre chez 7 sujets, atteints de myasthénie grave, pour apprécier objectivement la valeur des diverses thérapeutiques essayées: extrait antéhypophysaire, acide amino-acétique (glycocolle), éphédrine, association de glycocolle et d'éphédrine, prostigmine, association de prostigmine et d'éphédrine.

Ces recherches ont abouti aux conclusions suivantes: l'extrait antéhypophysaire et le glycocolle sont inefficaces; l'éphédrine est nettement utile et les bons résultats obtenus avec l'association éphédrine-glycocolle doivent probablement lui être attribués; la prostigmine est un agent thérapeutique remarquable; sa valeur est renforcée par l'association à l'éphédrine. En l'absence de manifestations toxiques, le traitement de choix de la myasthénie grave consiste dans l'administration de prostigmine et d'éphédrine par voie buccale.

P.-L. Marie.

J. C. Brazer et A. C. Curtis. ***Manque de vitamine A dans le diabète*** (*Archives of internal Medicine*, t. **65**, n° 1, Janvier 1940, p. 90-105). — B. et C. ont constaté dans un groupe de 20 malades, atteints de diabète sucré juvénile, une adaptation défectueuse à la lumière avec le biophotomètre de Frober. 3 des patients se plaignaient d'héméralopie et 9 présentaient des modifications cutanées (kératose pilaire) attribuables à une carence en vitamine A, bien que le taux du carotène sanguin fût toujours supérieur à la normale, comme il a été souvent constaté dans le diabète.

De fortes doses de carotène (représentant 60.000 unités de vitamine A par jour) dissous dans une huile végétale ingérées pendant 15 jours se montrèrent impuissantes à rétablir une adaptation normale à la lumière de ces diabétiques. Par contre, l'ingestion de 60.000 unités de vitamine A, sous forme d'huile de foie de flétan, ramena à la normale l'adaptation à la lumière de ces mêmes diabétiques en un laps de temps de 3 à 21 jours.

La cause de la médiocre adaptation à la lumière chez les diabétiques juvéniles semble devoir être attribuée à l'inaptitude à convertir le carotène en vitamine A.

P.-L. Marie.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

S. S. Blackman (Baltimore). ***Artériosclérose et obstruction partielle des principales artères rénales en association avec l'hypertension artérielle chez l'homme*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **65**, n° 5, Novembre 1939, p. 353-369). — Dans une série de 55 cas d'hypertension artérielle, la section transversale des artères rénales principales montra 43 fois des plaques d'artériosclérose envahissant la lumière des artères. Dans la plupart des artères, les plaques artérioscléreuses étaient localisées sur les segments vasculaires avoisinant l'aorte et elles provoquaient une occlusion partielle allant d'un degré modéré à la sténose marquée du vaisseau. Dans 2 cas, à côté des lésions artérioscléreuses, il y avait de vieux thrombus qui oblitéraient presque complètement les artères. La lumière de l'une ou des deux artères rénales présentait une sténose marquée 27 fois (54 pour 100); dans ce groupe, la différence entre les diamètres interne et externe des artères variait de 4 à 6 mm. 5 fois, les deux artères étaient presque oblitérées, 11 fois, la sténose presque complète atteignait une des artères.

Dans un deuxième groupe de 16 cas (32 pour 100), la sténose d'une ou de toutes les artères rénales principales était de moindre importance. La différence entre le diamètre externe et l'interne n'étant que de 3 mm. à 3 mm. 5.

Chez 14 sujets, les artères rénales principales ne paraissaient pas rétrécies, bien que la différence entre le diamètre externe et l'interne fût de 1 mm. à 2 mm. 5.

Dans 28 cas (56 pour 100), il existait des signes cliniques et histologiques de néphrite vasculaire. Il y avait peu de différence dans l'importance de la sténose artérielle dans les cas avec ou sans néphrite.

Dans un autre groupe de malades ayant présenté de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance rénale et offrant à l'autopsie des lésions de nécrose artériolaire aiguë, ces lésions artériolaires étaient présentes dans 28 pour 100 des 14 reins dont les principales artères rénales étaient très rétrécies (lumière de moins de 1 mm. 5). Au contraire, les lésions artériolaires furent trouvées dans 87 pour 100 des 39 reins dont les artères rénales, bien que rétrécies, avaient un diamètre interne plus large.

Il n'est pas invraisemblable que ces lésions artérielles aient causé une occlusion partielle des artères rénales et de leurs branches suffisantes pour provoquer une hypertension artérielle chronique par le mécanisme que Goldblatt et d'autres ont réalisé expérimentalement.

Robert Clément.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

I. H. Page et O. M. Helmer. ***Substance hypertensive cristallisée (angiotonine) résultant de la réaction entre la rénine et l'activateur de la rénine*** (*The Journal of experimental Medicine*, **t. 71**, n° 1, Janvier 1940, p. 29-42). — La rénine est une substance protéinique que l'on peut extraire du rein normal et qui, injectée dans les veines des animaux, produit une élévation prolongée de la pression artérielle. Purifiée par la méthode de Helmer, elle se montre très active quand elle est injectée chez un animal intact, mais elle ne produit plus de vaso-constriction dans la queue du chien ou l'oreille du lapin perfusées avec du liquide de Ringer. Si l'on ajoute une substance protéinique contenue dans le plasma et les hématies, et désignée sous le nom d'activateur de la rénine, l'activité hypertensive est rétablie. P. et H. ont recherché les substances résultant de l'interaction de la rénine et de l'activateur de la rénine. Ils ont pu isoler une substance douée d'action hypertensive intense, thermostabile, soluble dans l'eau et dans l'alcool, fluorescente, résistante aux acides et attaquée par les alcalins. Elle présente des propriétés réductrices et est détruite par les substances fortement oxydantes. Elle forme des sels cristallisés avec les acides oxalique et picrique. La réaction colorée pour l'arginine est la seule fortement positive. P. et H. ont appelé cette substance angiotonine.

Elle détermine une élévation immédiate et brusque de la pression artérielle quand elle est injectée dans les veines. A l'inverse de ce qui a lieu avec la rénine, il ne se produit de tachyphylaxie qu'après l'injection de doses répétées d'angiotonine.

Les réponses hypertensives à l'adrénaline et à l'angiotonine ne sont pas parallèles. Ni la cocaïne ni l'atropine ne modifient l'action hypertensive de l'angiotonine. La surrénalectomie demeure également sans effet.

Pour obtenir la quantité maxima d'angiotonine,

OPTALIDON

L'Antinévralgique le plus sûr

CALME LA DOULEUR SANS EFFETS STUPÉFIANTS ET RAPIDEMENT

Remarquablement toléré par l'estomac
il ne présente aucun danger d'accoutumance.

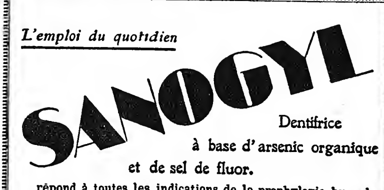
POSOLOGIE : 2 à 6 dragées par jour.
1 à 3 suppositoires par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVII[E]) -:- B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie



LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XV[e])

Affections de l'ESTOMAC, ENTÉRITE
chez l'enfant, chez l'adulte
ARTHRITISME
VALS-SAINT-JEAN
EAU DE RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE,
LÉGÈREMENT GAZEUSE
Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.
DIRECTION VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann, PARIS



H. VILLETTE & C[ie] Pharm., 5, rue Paul Barruel Paris-15

la proportion entre la rénine et l'activateur doit être d'environ 3 pour 100. Il n'existe pas de rapport stœchiométrique au sens chimique. La rénine détruit l'angiotonine mise à l'étuve à 40°.

L'angiotonine détermine une contraction marquée des fragments d'intestin de lapin sans diminuer leur mouvement rythmique. Elle sensibilise l'intestin à de nouvelles doses d'angiotonine et le modifie d'une façon telle que l'activateur de la rénine arrive à provoquer sa contraction. L'angiotonine contracte aussi les vaisseaux de l'oreille du lapin perfusée avec du sang ou du liquide de Ringer.

P. et H. pensent que la rénine est une enzyme contenue dans le rein, dépourvue de propriétés hypertensives, qui réagit sur l'activateur de la rénine contenu dans le sang pour former de l'angiotonine, substance hypertensive très puissante. Cette réaction peut apporter à l'organisme une méthode de régulation humorale de la pression artérielle de grande précision, en raison des éléments divers existant dans le système soumis à sa régulation.

P.-L. Marie.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

H. H. Jordan (New-York City). ***Le rôle de l'attitude dans les arthrites chroniques*** (*New York State Journal of medicine*, t. **39**, n° 19, 1er Octobre 1939, p. 1823-1831). — Les rapports de cause à effet entre les arthrites chroniques et les attitudes sont doubles. Les déformations et les altérations fonctionnelles des arthropathies troublent la statistique et la dynamique du corps entier ou au moins de quelques-unes de ses parties et conduisent finalement à des attitudes vicieuses.

Pour le traitement effectif des mauvaises attitudes qui provoquent ou aggravent les arthrites chroniques, il faut bien connaître le mécanisme du corps normal. Ce n'est pas seulement dans la station debout et dans la marche que la position du corps peut être défectueuse, mais aussi au repos et dans le relâchement musculaire complet du lit.

L'analyse minutieuse des éléments de l'attitude vicieuse pour chaque individu révèle un grand nombre de perturbations anatomiques ou fonctionnelles qui demandent à être corrigées et traitées. La thérapeutique doit envisager toutes les circonstances dans lesquelles le patient peut se trouver et les méthodes qui paraissent appropriées. Dans certains cas, elle vise surtout à apprendre au malade à vivre mieux avec sa maladie.

Aux traitements physiques et à la chirurgie orthopédique, on ajoutera dans les arthrites chroniques le bénéfice d'un appareillage orthopédique choisi.

Robert Clément.

M. R. Keen. ***Lithiase urinaire sulfapyridinique*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **40**, n° 2, 15 Janvier 1940, p. 83-87). — Un homme de 52 ans ayant présenté une infection respiratoire, reçut au total 24 *g.* de para-amino-benzène sulfonamido-pyridine. Dix jours plus tard, il ressentit des douleurs abdominales sévères qui durèrent toute la journée, avec vomissements, sans mictions, ni défécations. Dans ses antécédents, aucun trouble urinaire. La cystoscopie permit de déceler un petit corps étranger ovoïde jaunâtre obstruant l'orifice urétéral droit; dans la vessie, il y avait des amas de matière cristalline. La pyélographie montra un bassinet et des calices dilatés avec réplétion incomplète. L'analyse des cristaux isolés de l'uretère et de la vessie révéla la présence d'un radical benzénique.

Des faits analogues furent observés chez un homme de 29 ans, 5 jours après la prise d'un total de 9 *g.* 50 de sulfapyridine.

Le premier sujet guérit assez rapidement, le deuxième présenta plusieurs crises de coliques néphrétiques avec dysurie, tous deux eurent dans leurs urines des traces de sang et d'albumine et quelques cylindres.

Les facteurs susceptibles de favoriser la formation de calculs de sulfapyridine peuvent être la déshydratation marquée d'un broncho-pneumonique, la solubilité limitée de la sulfapyridine à la température de la chambre et la plus grande insolubilité encore de ses dérivés acétylés.

On a mis en évidence les complications urinaires provoquées par la médication sulfamidée expérimentalement et cliniquement. Les cristaux de ces substances ou les altérations urétérales peuvent être le point de départ de calculs rénaux ou urétéraux.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Ev. Fox. ***Quelques cas d'onycholyse*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **41**, n° 1, Janvier 1940, p. 98-112). — Le diagnostic et la pathogénie des différentes onychoses sont souvent difficiles à établir. F. a eu l'occasion d'observer 30 cas de séparation spontanée des ongles de la pulpe unguéale; ces cas d'onycholyse sont assez fréquents. White, sur 485 onychoses, en a observé 141 cas : 24 associés à un eczéma, 15 à un trauma, 21 à un panaris, 37 à un psoriasis, 11 à la syphilis et 11 à des lésions fongueuses.

La séparation spontanée de l'ongle commence par le bord libre de l'ongle et elle s'étend progressivement; la moitié ou les 2/3 de la hauteur de l'ongle sont décollés, des débris remplissant parfois l'intervalle; parfois le décollement spontané de la matrice est total et l'ongle peut être facilement arraché; la lésion est indolente, sans aucune réaction inflammatoire du pourtour de l'ongle.

Sur les 30 cas d'onycholyse observés par F., 28 s'observaient chez des femmes et 2 chez des hommes. Dans 27 cas, plusieurs ongles étaient atteints, dans 3 cas un seul ongle était touché. 20 malades avaient un métabolisme basal abaissé et 15 avaient des signes d'hypothyroïdisme : tendance à l'obésité, fatigabilité, sensibilité excessive au froid, sécheresse de la peau et des poils.

21 malades furent améliorés par l'opothérapie thyroïdienne; 3 ne furent pas modifiés, 3 ne furent pas suivis assez longtemps. Ces faits montrent qu'il existe une relation entre les onychoses et les fonctions endocriniennes.

R. Burnier.

RADIOLOGY (Chicago)

Walter W. Fray. ***Le déplacement des plexus choroïdes et son rôle en vue du diagnostic et de la localisation des tumeurs cérébrales*** (*Radiology*, t. **33**, n° 5, Novembre 1939, p. 551-559). — F. rapporte 5 observations de déplacement des plexus choroïdes au cours de tumeurs cérébrales; dans 4 cas la ventriculographie confirme le diagnostic, le 5e malade s'était refusé à tout examen ultérieur, alors qu'un déplacement important de la pinéale faisait soupçonner l'existence de quelque néoformation intracranienne.

De ces observations F. tire les conclusions suivantes : 1° Le déplacement des plexus choroïdes peut être dû à l'existence d'une néoformation intracérébrale, il paraît en rapport : *a*) avec le siège de la tumeur dans la partie postéro-latérale du cerveau ; *b*) avec le volume de la tumeur. 2° Il semble que le déplacement des plexus choroïdes, sans le contrôle de la ventriculographie, doive permettre d'éliminer l'existence d'une tumeur primitive de la région frontale. 3° Dans tous les cas de déplacement des plexus choroïdes où un cliché pris en position antéro-postérieure a permis de reconnaître la glande pinéale, celle-ci était déplacée latéralement; il est donc très probable que l'association des déplacements de ces deux organes, non seulement permet de préciser le côté lésé, mais aussi de localiser la lésion dans la partie postéro-latérale du cerveau. 4° Le plexus choroïde du côté opposé peut également subir une certaine inclinaison, mais moins marquée que du côté intéressé, et seulement dans le sens latéral.

F. relève que dans les cas qu'il rapporte la ventriculographie fut difficile à réaliser en raison du déplacement et du collapsus de la portion postérieure du ventricule; il pense que, si l'on s'attache à rechercher avec soin la situation des plexus choroïdes sur les clichés, on aura des chances de constater plus fréquemment leur déplacement, les 5 cas rapportés ayant été relevés en douze mois seulement.

Morel-Kahn.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

L. Armentano. ***Sur le traitement des diathèses hémorragiques*** (*Orvosi Hetilap*, t. **84**, n° 5, 3 Février 1940, p. 41-43). — Dans ce travail, A. se basant sur ses expériences poursuivies déjà depuis de longues années et sur les différentes observations des autres auteurs, a essayé d'expliquer les résultats contradictoires du traitement vitaminique des maladies hémorragiques. Selon ses observations faites sur la valeur de la vitamine P et de la vitamine C dans ces maladies, on peut admettre que :

1° Chez un grand nombre de malades atteints de diathèse hémorragique, la vitamine C n'a aucun effet;

2° Dans les hémorragies symptomatiques, la dose de la vitamine C n'a aucun effet si l'hypovitaminose est très prononcée;

3° La vitamine P provenant du jus de citron n'a un effet anti-hémorragique que dans le purpura vasculaire;

4° Ces deux vitamines n'influencent pas le nombre des thrombocytes et ne peuvent diminuer le temps de coagulation du sang.

A. Blazso.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA (Milan)

A. N. Cesaro (Naples). ***La lipémie chez les diabétiques traités par l'insuline et l'insuline-protamine-zinc*** (*La Clinica medica italiana*, an. **70**, nos 3-4, Mai-Août 1939, p. 249-262). — Les lipides du sang sont presque toujours augmentés dans les diabètes sévères; sur 5 cas, C. a constaté nettement cette augmentation 4 fois et, dans le dernier cas, l'élévation de la lipémie était légère; l'augmentation porte surtout sur les esters de cholestérine et sur les phosphatides. L'insuline agit peu sur la lipémie des diabétiques normolipémiques; elle ramène à la normale celle des diabétiques hyperlipémiques; son action s'exerce principalement sur les esters de cholestérine et les phosphatides et, d'une façon générale, chez un malade donné, sur la fraction lipidique qui s'écarte le plus de la normale. L'insuline-protamine-zinc a des effets analogues à ceux de l'insuline mais plus légers, plus tardifs et plus durables ; après injection d'insuline, le minimum de la lipémie s'observe au bout d'une ou de deux heures; après injection d'insuline-protamine-zinc, la baisse de la lipémie est beaucoup plus progressive. Après injection d'insuline ou d'insuline-protamine-zinc, on ne peut noter aucune relation entre les variations de la lipémie et de la glycémie.

Lucien Rouquès.

L. Capani (Bari). ***Le traitement de l'asthme bronchique par l'hormone gonadotrope de Zondek (Prolan)*** (*La Clinica medica italiana*, an. **70**, nos 3-4, Mai-Août 1939, p. 327-338). — Condo-

COLI-BACILLOSES ET TOUTES INFECTIONS - PARASITES INTESTINAUX

MICROLYSE

QUATRE FORMES = *Comprimés (3 par jour).*
Suppositoires pour Enfants et Adultes.
Tablettes pour lavages vésicaux et vaginaux.
Ovules pour gynécologie.

ÉCLAIRCIT les urines
ABAISSE la température
CALME la douleur

LABORATOIRES DE LA MICROLYSE, 10, Rue de Strasbourg, PARIS (Xe)

PHYTOTHÉRAPIE GASTRO-INTESTINALE

ISPAGHUL



TROUETTE-PERRET

Mucilage naturel, lubrifiant — Rééduque l'intestin
TRAITEMENT IDÉAL DE LA CONSTIPATION

INNOCUITÉ ABSOLUE — TOLÉRANCE PARFAITE
ACTION EXCLUSIVEMENT MÉCANIQUE

DOSES - *Adultes* : 1 cuillerée à soupe aux 2 repas
Enfants : 1 cuillerée à café ou à dessert aux 2 repas

Les semences doivent être prises à sec, dans le potage ou la boisson

LITTÉRATURE ET ÉCHANTIONS AUX
Laboratoires CONDOU & LEFORT, 61, Avenue Philippe-Auguste — PARIS (XIe)
BELGIQUE : Ets COCHARD, 5-7, rue Charles-Parenté — BRUXELLES

DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE

FLUODYLE

GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME

AMPOULES
2 c.c.
FLUOR
MANGANÈSE
CACODYLATE
STRYCHNINE

Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof. A. Gauthier

Littérature & échantillons : Ets SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux. PARIS (16e)

relli, ayant observé une asthmatique dont les crises n'avaient cessé qu'au cours d'une grossesse, a eu l'idée de la traiter par des injections d'hormone gonadotrope et a obtenu une guérison complète et définitive; employant ce traitement chez de nombreux asthmatiques des deux sexes, il a noté un pourcentage élevé de résultats satisfaisants dont beaucoup durables. Les recherches expérimentales entreprises pour vérifier l'effet de l'hormone gonadotrope n'ont pas abouti; l'hormone n'empêche pas le déclenchement du choc chez les animaux sensibilisés et n'a aucune action sur le muscle bronchique; toutefois, les effets thérapeutiques subsistent et C., élève de Condorelli, a été à même de les vérifier; la technique est la suivante: première semaine, 300 unités par jour en 3 injections; deuxième semaine, 200 unités par jour en 2 injections; troisième et quatrième semaines, 1 injection quotidienne de 100 unités. Dans 6 cas de bronchite asthmatique, le traitement a donné quelques résultats (diminution du nombre et de la violence des accès) sans amener la guérison. Sur 14 sujets atteints d'asthme bronchique cliniquement essentiel, 9 ont été guéris d'une façon complète et définitive et certains d'entre eux étaient malades depuis des années et avaient essayé tous les traitements sans succès; les 5 autres ont continué à présenter quelques accès rares et légers mais ont vu disparaître les grandes crises et ont tiré du traitement un bénéfice considérable.

Ce traitement, qui est toujours efficace dans l'asthme bronchique essentiel, n'a aucune contre-indication; il est toujours bien supporté: ses effets peuvent se manifester soit dès les premiers jours, soit après plusieurs semaines; ils ne sont influencés ni par le sexe, ni par l'âge.

LUCIEN ROUQUÈS.

B. Nolli et **A. Bologna** (Milan). ***Comportement du taux lipémique au cours de divers états pathologiques*** (*La Clinica medica italiana*, an. 70, n° 6, Novembre-Décembre 1939, p. 475-488). — N. et B. ont dosé, chez 100 sujets atteints d'affections diverses, les acides gras, les phosphatides et la cholestérine du sang. De leurs dosages, il résulte que le foie a un rôle prépondérant dans la régulation du taux de la lipémie et surtout de la cholestérinémie; selon toute probabilité, c'est à un trouble fonctionnel hépatique que l'on doit attribuer les variations de la lipémie observées chez les cardiaques décompensés, les artério-scléreux, les vieillards, les syphilitiques, les cancéreux et, au moins en partie, chez les sujets atteints de néphrite chronique. Le trouble hépatique a aussi une part importante dans l'hyperlipémie des diabétiques, à côté du dysfonctionnement pancréatique. D'autres organes influencent aussi certainement le métabolisme des lipides: l'hypophyse (principalement son lobe antérieur) et les reins qui agissent, d'une part, directement et, d'autre part, quand ils sont lésés, en éliminant plus ou moins normalement les diverses fractions lipidiques. Parmi les autres organes régulateurs de la lipémie, il faut probablement placer le corps thyroïde, les surrénales, les glandes génitales et les poumons. Il ne paraît pas exister une relation étroite entre le taux des diverses fractions lipidiques sériques et les échanges hydriques du sang vers les tissus, même dans les cas de néphrose.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL BAGLIVI
(Rome)

G. de Bonis (Rome). ***Modifications de la fonction exocrine du pancréas après administration de corps jaune*** (*Il Baglivi*, t. 5, Septembre-Octobre 1939, p. 277-287). — B. a déjà montré que le corps jaune abaissait la glycémie des sujets normaux, sans influencer nettement celle des diabétiques et renforçait l'action hypoglycémiante de l'insuline chez les sujets sains et chez les diabétiques, mais surtout chez ces derniers. Dans le présent mémoire, il a recherché les modifications éventuelles de la trypsine, de la lipase et de l'amylase après administration de corps jaune; chez 15 sujets, atteints d'affections variées sauf de diabète, il a dosé les ferments dans le suc duodénal avant et après 5 jours d'un régime fixe; laissant les sujets à ce régime, il leur a fait quotidiennement, pendant 10 jours, 2 injections de 2 mg. d'hormone lutéinique; le 11e jour, un nouveau dosage des ferments était pratiqué; dans tous les cas sans exception, la teneur du suc duodénal en ferments s'est élevée; l'augmentation moyenne n'a pas été égale pour les 3 ferments; la lipase n'a pas atteint le double de la valeur initiale, la trypsine a augmenté d'une fois et demie et l'amylase a quadruplé.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Giovanardi et **G. Stoppa** (Sienne). ***Une épidémie d'intoxication alimentaire par le staphylocoque pyogène doré (première observation en Italie)*** [*Minerva Medica*, an. 30, t. 2, n° 41, 13 Octobre 1939, p. 333-340]. — La première épidémie d'intoxication alimentaire par le staphylocoque a été observée par Barber, en 1914, aux Philippines; la 2e épidémie ne fut signalée qu'en 1930 par Dack et, depuis cette époque, on en a relevé une vingtaine aux Etats-Unis et 4 en Europe; ces épidémies sont survenues après ingestion de pâtisseries à la crème ou au chocolat, de lait, de fromage, de pâtés au poulet, de jambon, de langue, de saucisses de foie; le tableau clinique est celui d'une gastro-entérite aiguë survenant de 1 heure et demie à 3 heures après le repas, avec nausées, douleurs abdominales, vomissements et diarrhée souvent sanglants, céphalée, sueurs froides, crampes des mollets, prostration, tachycardie, la température restant normale ou subnormale; la phase aiguë dure 3 à 8 heures; un état de faiblesse et d'anorexie lui succède et dure 1 ou 2 jours; aucun cas mortel n'a été publié. On a retrouvé le staphylocoque dans les vomissements et la diarrhée et les filtrats de culture sur bouillon reproduisent l'intoxication chez l'homme et le singe mais pas chez les animaux communs de laboratoire; l'entérotoxine du staphylocoque est mal connue mais distincte des autres toxines; pour certains auteurs, de nombreuses souches de staphylocoque peuvent la produire; pour d'autres, ces souches sont très rares; en tous cas, aucun caractère biochimique, sérologique ou de culture ne permet de reconnaître un staphylocoque producteur de cette toxine et les diverses souches connues n'ont pas toutes les mêmes caractères.

G. et S. ont observé 5 cas d'intoxication par le staphylocoque parmi les membres d'une famille qui avaient mangé une conserve de maquereaux à l'huile, en ayant laissé la boîte ouverte pendant 8 jours, à la température extérieure (l'épidémie est survenue en Août); une partie de la conserve avait été consommée dès l'ouverture de la boîte par les mêmes personnes sans aucun incident; il est probable que la conserve a été souillée accidentellement après la première ingestion; on en a isolé 3 souches: *Staph. pyogenes aureus, Staph. pyogenes albus, Micrococcus perflavus*; la première seule s'est montrée douée de propriétés entérotoxiques pour les jeunes chats.

LUCIEN ROUQUÈS.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

G. A. K. Van den Borne et **E. Lopes Cardozo** (Amsterdam). ***Observations cliniques par l'acétate de désoxycorticostérone dans la maladie d'Addison*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 3, 20 Janvier 1940, p. 231-243). — B. et L. C., après avoir fait remarquer l'importance de la découverte du désoxycorticostérone, donnent l'observation d'une femme qui, depuis l'âge de 22 ans, était traitée efficacement pour myxœdème et qui commença, à 32 ans, à présenter les signes caractéristiques de la maladie d'Addison. Dans une première période, cette malade fut soumise à un régime pauvre en potassium et accompagné de 10 *g.* de NaCl et de 10 cm^3 d'extrait de corticosurrénale. Mais comme on avait cessé la thyroïdine, l'œdème reparut. Avec le désoxycorticostérone, à la dose de 5 mg., les résultats furent excellents et on put porter la ration de potassium à 6,6 *g.* par jour sans inconvénient.

Mais le régime de cette malade contenait une proportion faible de vitamines du complexe B et de vitamines G. Il survint donc des symptômes de pellagre (prurit, hyperkératose, etc...). Grâce à l'acide nicotinique, on put faire disparaître ces symptômes. Le régime pauvre en potassium était ainsi constitué. Le matin, 100 *g.* de pain blanc ou de biscuit, un œuf et 100 *g.* de lait; à midi, 50 *g.* de pomme de terre ou 200 *g.* de riz, 100 *g.* de légumes, 50 *g.* de viande et 100 *g.* de poisson et un fruit; le soir, 100 *g.* de pain blanc ou de biscuit, 50 *g.* de fromage, 100 *g.* de lait et 50 *g.* de crème; en outre, on répartissait 100 *g.* de beurre sur la journée. Les bananes, le pain bis, les épinards et les haricots qui sont riches en potassium étaient interdits. Ce régime comporte 1,96 *g.* de potassium par jour et il est moins pauvre en vitamines que celui de Wilder qui fait bouillir trois fois les légumes et les pommes de terre. A côté de ce régime, il a été donné des préparations de vitamines B ainsi que de l'acide nicotinique.

Il semble cependant que le désoxycorticostérone, qui s'est montré très actif, ait provoqué une crise d'hypoglycémie accompagnée de fièvre élevée. Il semble que ces effets secondaires puissent être prévenus en veillant à ne pas dépasser les doses nécessaires.

P.-E. MORHARDT.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

Ole Jacob Broch (Tönsberg, Norvège). ***Recherche sur l'excrétion, la résorption et le stockage de l'acide ascorbique chez les cobayes*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 9, n° 4, 1939, p. 309-325). — La teneur en acide ascorbique des surrénales, de la rate et de l'intestin, dépend de l'acide ascorbique administré, sans que le dépôt ainsi créé devienne jamais supérieur à ce qu'on obtient avec une dose de 10 mg. par jour. Ces réserves disparaissent sous l'influence d'un régime scorbutigène et, à partir du 8e ou du 10e jour, les dents commencent à présenter les premiers symptômes. La teneur en acide ascorbique des surrénales est alors de 0,12 à 0,15 *mg.* par gramme. L'administration de fortes doses d'acide ascorbique *per os* n'augmente le pouvoir réducteur de l'urine que d'une façon insignifiante alors qu'après injection de ce corps, l'excrétion urinaire augmente considérablement, si bien que l'urine devient capable de protéger les animaux d'expérience contre le scorbut.

L'administration de bicarbonate ou d'huile de ricin ne modifie pas l'assimilation de l'acide ascorbique. Les petites doses administrées *per os* sont aussi bien assimilées que les mêmes doses injectées sous la peau ou dans le péritoine. L'inanition est sans effet sur la teneur en acide ascorbique des organes.

En somme, la détermination titrimétrique de l'acide ascorbique des viscères permet de connaître les résultantes de la consommation et de l'administration d'acide ascorbique.

La consommation de l'acide ascorbique augmente chez les cobayes après inoculation de la tuberculose, aussitôt que les symptômes cliniques commencent à se manifester.

P.-E. MORHARDT.

GABAIL

VALÉRIANATE DÉSODORISÉ

SIMPLE

SÉDATIF ATOXIQUE

TROUBLES NERVEUX BENINS
de la FEMME et de l'ENFANT

BROMURÉ

ELIXIR GABAIL

SÉDATIF - HYPNOTIQUE

TOUTES les AFFECTIONS NERVEUSES
AGITATION - INSOMNIES - SPASMES
Troubles Nerveux de la MÉNOPAUSE

55, Avenue des Ecoles — CACHAN (Seine)

TRICALCINE, POUDRE, COMPRIMÉS, CACHETS, GRANULÉS, INJECTABLE

CONSOLIDATION RAPIDE DES
FRACTURES
OSTÉOPOROSE
OSTÉOMALACIE
RECALCIFICATION

TRICALCINE

DÉMINÉRALISATION CONSÉCUTIVE AUX
INTOXICATIONS
INFECTIONS
TUBERCULOSE
CONVALESCENCES

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA. 21, Rue Chaptal, PARIS (9e)

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

H. Roger et **M. Schachter** (Marseille). ***La paraplégie des scoliotiques*** (*Annales de Médecine*, t. **46**, n° 3, 1939-1940, p. 177-190). — Il arrive, rarement, que des sujets, ayant pendant de longues années bien supporté leur scoliose ou cyphoscoliose, présentent des symptômes évoluant vers une paraparésie ou paraplégie spasmodique grave. Connue depuis longtemps, celle-ci a été notamment étudiée par Hallion (1892), et depuis par Jaroschy (1923-1928). Elle survient surtout entre 10 et 20 ans, surtout dans la scoliose congénitale, et réalise le tableau de la compression médullaire ; l'examen radiologique, la ponction lombaire et l'épreuve du lipiodol donnent des renseignements particulièrement intéressants. R. et S. relatent un cas personnel original.

Les lésions observées sont dues à des troubles en rapport avec l'artère spinale antérieure, ce qui montre le rôle capital que joue le facteur vasculaire (sanguin et lymphatique) dans la pathogénie de cette paraplégie, dont le pronostic est sombre.

Certains auteurs préconisent un traitement conservateur, consistant en repos au lit, port de corset plâtré ou application d'extension continue. Mais, si ce traitement échoue ou même, d'emblée, si le syndrome semble grave, la majorité des auteurs se rallie à l'intervention opératoire : laminectomie suivie d'incision de la dure-mère sans fermeture de cette dernière, ce qui semble la méthode de choix.

L. Rivet.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

O. Lambret, Ch. Gernez et **Cl. Huriez** (Lille). ***Péritonite à pneumocoques chez une femme de 60 ans obèse et diabétique. Considérations générales sur la péritonite à pneumocoques de l'adulte*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **113**, nos 17-18, 28 Février-2 Mars 1940, p. 157-164). — Une femme de 60 ans, diabétique depuis 15 ans, présentait des frissons avec élévation thermique brutale à 39°. L'abdomen étant météorisé et ballonné, avec une légère défense musculaire, bien qu'il n'y eût ni hoquet, ni vomissements, ni arrêt des gaz, la crainte d'une appendicite fit intervenir. On trouva un liquide purulent et des fausses membranes épaisses, enrobant l'appendice, mais celui-ci, après ablation, parut à peu près normal. Il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques.

Il y eut, après l'intervention, une amélioration de l'état général, puis, après 48 heures d'apyrexie, la fièvre reprit, s'accompagna de symptômes cutanés et articulaires, probablement d'origine sérique, puis la température devint hectique, la paroi abdominale fut le siège d'un véritable phlegmon ligneux, à tendance serpigineuse, qui disparut après 10 jours. Ultérieurement, une escarre sacrée, une pyodermite diffuse, des furoncles volumineux compliquèrent la situation. Un quart d'heure après une injection d'insuline, la malade tomba dans un coma profond avec stertor et hémiplégie. Cette hémiplégie est attribuée à l'hypoglycémie, car l'injection de sérum glucosé amena la disparition du coma et de la paralysie.

Finalement, bien qu'apyrétique et ne présentant plus de glycosurie, cette femme vit son état général s'effondrer avec amaigrissement important, chute de la tension artérielle, infiltration œdémateuse, albuminurie. La cachexie progressive aboutit à la mort.

Il ne faut pas négliger la possibilité d'une péritonite à pneumocoques chez l'adulte. La sérothérapie et la vaccinothérapie sont à utiliser dès la confirmation du diagnostic. Si celui-ci ne fait pas de doute, on pourrait se contenter de l'expectative armée jusqu'à la phase d'enkystement.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
(Lyon)

G. Mouriquand et **Mme V. Edel**. ***Les réactions du tube digestif dans les avitaminoses, en particulier dans l'avitaminose A et l'avitaminose C. Recherches biocliniques*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. **21**, n° 483, 20 Février 1940, p. 57-63). — Expérimentalement, l'avitaminose A relative et chronique provoque l'amaigrissement du rat blanc et une dystrophie générale prolongée. Sans aucune manifestation clinique de troubles fonctionnels, on trouve chez les animaux sacrifiés, entre le 200e et le 300e jour de l'expérience, des altérations souvent considérables du tube digestif. L'estomac est distendu, augmenté de volume, la paroi de la portion œsophagienne est considérablement épaissie, la muqueuse a un aspect villeux et peut présenter des petites tumeurs en chou-fleur. La paroi de la région fundique et pylorique est au contraire très amincie et friable. La paroi intestinale est distendue et par endroits friable. Dans la région œsophagienne, l'épithélium normal est transformé en épithélium kératinisé. Dans la région pylorique, et en certains points de l'intestin, il y a un certain degré d'atrophie des muqueuses et des glandes. Muqueuses et sous-muqueuses sont infiltrées de lymphocytes.

Expérimentalement également, dans l'avitaminose C pure, il y a inappétence, mais pas de troubles gastro-intestinaux. Vers le 25e et 26e jour, la diarrhée s'installe et s'accentue jusqu'à la mort. Après l'installation de la diarrhée, l'acide ascorbique fait bien disparaître celle-ci, mais malgré un état digestif apparemment normal et une ration suffisante, l'animal perd progressivement du poids et entre dans un stade cachectique aboutissant à la mort.

Ces faits expérimentaux semblent, dans une certaine mesure, éclairer certains troubles observés en clinique humaine, au cours de syndromes comme la sprue nostras ou la maladie cœliaque. Il y aurait, au départ, une carence alimentaire réversible, puis l'installation secondaire d'une carence digestive irréversible, s'associant à de graves déséquilibres nutritifs.

Robert Clément.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

L. W. Roxlands et **A. W. Spence**. ***La production de l'activité gonadotropique chez l'homme par les injections d'extrait de sérum de juments pleines*** (*The British Medical Journal*, n° 4114, 11 Novembre 1939, p. 947-950). — La formation de substances inhibitrices dans le sang, à la suite d'un traitement prolongé par les extraits gonadotropiques, peut être un obstacle à l'usage thérapeutique de ces extraits.

A vrai dire, les extraits provenant de l'urine de femmes enceintes n'ont jamais paru avoir cet inconvénient chez l'homme. Cependant, R. et S. ont découvert la présence de ces substances inhibitrices dans le sang des sujets traités d'une façon prolongée par des extraits de sérums de juments pleines. Continuer le traitement dans ces conditions est inutile, puisque la majeure partie, sinon toute, est neutralisée dans la circulation.

R. et S. ont pratiqué des injections intramusculaires d'extrait gonadotropique provenant du sang de juments pleines chez 9 malades ayant des testicules en ectopie. Ils ont pu déceler une activité antigonadotropique du sérum de ces sujets après 12 semaines de traitement à raison d'une injection quotidienne ou de deux injections hebdomadaires.

Cette activité antigonadotropique survient après 4 à 6 semaines de traitement et se développe rapidement. Elle est indépendante de la quantité d'extrait. Habituellement, elle décroît vers la fin du traitement, mais elle existe encore 3 mois après la terminaison. Cette activité antigonadotropique est plus grande chez les malades qui ont reçu deux injections par semaine.

Ce traitement n'amena chez aucun de ces malades la descente des testicules, mais ce résultat fut obtenu chez 3 malades sur 6 qui furent traitées, par la suite, par des extraits d'urines de femmes enceintes.

André Plichet.

Winchell Mac Craig. ***L'hypertension. Considérations sur son traitement chirurgical*** (*The British Medical Journal*, n° 4120, 23 Décembre 1939, p. 1215-1219). — Seule est justiciable du traitement chirurgical l'hypertension essentielle, c'est-à-dire celle qui n'est pas consécutive à la pyélonéphrite, à la glomérulite, à l'hydronéphrose, à l'aortite, aux tumeurs surrénales.

Le traitement chirurgical est basé sur la diminution du tonus des capillaires par opération sur le sympathique. Il faut aussi que cette opération amène l'augmentation de la circulation rénale et la diminution de l'apport en adrénaline des surrénales. C'est pourquoi l'opération qui consiste à détruire tout le sympathique rénal et suprarénal, comme on la pratique à la clinique Mayo, est plus logique que la sympathitectomie partielle, la splanchnicectomie ou la cœliectomie.

L'opération semble surtout efficace dans les cas où l'on a de brusques élévations de pression après immersion des mains dans l'eau froide et dans les cas où l'on obtient une chute de pression avec les sédatifs nervins (amytal, gardénal), ou avec des nitrites de soude.

Les contre-indications à cette opération sont : l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine, l'insuffisance rénale et l'artériosclérose marquée.

Sur 237 cas opérés à la clinique Mayo, on a pu noter 20 pour 100 d'échecs, 28 pour 100 de rémissions temporaires, 28 pour 100 de bons résultats et 24 pour 100 d'excellents résultats.

Le temps qui s'est écoulé entre le début des symptômes et l'opération n'a pas d'importance. Il en est de même pour l'âge des malades. Les sujets de 30 ans ont à peine de meilleurs résultats que les sujets de 40, 50 et même 60 ans. Les femmes semblent tirer un meilleur bénéfice de cette intervention que les hommes.

IODAMÉLIS
LOGEAIS

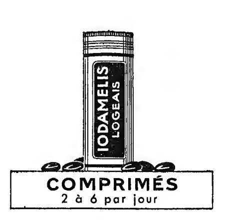
PUISSANT RÉGULATEUR DE LA NUTRITION
RÉDUCTEUR DES SCLÉROSES — STIMULANT DES ÉCHANGES

UNE TRIADE DE SYNDROMES
UNE SEULE MÉDICATION



GOUTTES
20 à 50 aux deux repas

MALADIES DE LA CIRCULATION
•
TROUBLES UTÉRO-OVARIENS
•
MALADIES DE LA NUTRITION



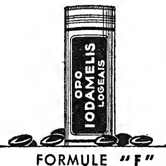
COMPRIMÉS
2 à 6 par jour

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

DYSENDOCRINIES
DE LA JEUNE FILLE ET DE LA FEMME
PUBERTÉ — MÉNOPAUSE
OBÉSITÉ

ASTHÉNIES DE L'AGE MÛR
OBÉSITÉ
SÉNILITÉ

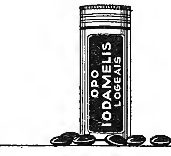
ASSOCIE
LES PROPRIÉTÉS STIMULANTES
DE L'IODOTANIN DE L'IODAMÉLIS
A L'ACTION SPÉCIFIQUE
DE L'ORGANOTHÉRAPIE
MASCULINE OU FÉMININE



FORMULE "F"

Iodotonin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Ovaire	0gr.05
Ante Hypophyse	0gr.005
Benzoate de Dihydro-Folliculine	40U.I.

En comprimés enrobés



FORMULE "M"

Iodotanin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Orchitine	0gr.10
Ante Hypophyse	0gr.005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Mais les sujets qui ont une sclérose des artères de la rétine, une pression minima dépassant 15, ou une pression minima qui ne descend pas au-dessous de 12 par le repos au lit, retirent peu d'avantages de ce traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.

André Plichet.

R. K. Rau, A. A. Aiyar et **T. V. Mathew.** ***Les quintuplés. Observation d'un cas de prématurés*** (*The British Medical Journal*, n° 4125, 27 Janvier 1940, p. 127-129). — Il s'agit d'un cas de quintuplés, dont l'accouchement prématuré survint au 6e mois. Chez cette femme hindoue de 30 ans, on avait diagnostiqué une grossesse simple avec hydramnios. Les fœtus étaient tous du sexe femelle et apparemment bien constitués. Ils étaient rattachés par 5 cordons ombilicaux à un placenta unique. Le sac amniotique, cependant, était multiloculaire. Les cordons ombilicaux étaient implantés sur le bord du placenta et disposés comme les rayons d'une roue.

Ces fœtus, en raison de l'uniformité du sexe, du placenta unique, du chorion unique, ont été considérés comme étant univitellins ou monozygotiques. Ce cas est donc une exception. En général, les grossesses multiples proviennent de plusieurs œufs séparés, fécondés durant le même cycle menstruel ou encore par la division d'un ovule fécondé en plusieurs embryons.

Les quintuplés sont rares et, d'après Grizzoni, il y aurait 1 cas sur 41.600.000 grossesses, et encore faut-il remarquer que chez les peuples qui mangent du riz, aux Indes comme en Chine, les grossesses multiples sont fréquentes.

André Plichet.

Philipp A. Hall et **George H. Mosley.** ***Revue d'ensemble sur les fractures de la colonne vertébrale dans la Royal Air Force*** (*The British Medical Journal*, n° 4126, 3 Février 1940, p. 159-162). — Les fractures de la colonne vertébrale dans le corps de la Royal Air Force sont nombreuses. Mais ces hommes, pour la plupart âgés de moins de 30 ans, pratiquent avec vigueur toutes les formes de sports, si bien que les cas de fractures consécutives à des accidents de sport (motocyclette, automobile, football, natation) sont plus nombreux que ceux résultant d'un accident d'aviation.

C'est ainsi que sur 57 cas observés en 5 ans, 9 seulement furent le résultat d'accident de vol. Cependant, chez les pilotes, la proportion est inversée. Sur 16 fractures, 11 étaient dues à une chute de leur avion.

Le pronostic de ces fractures s'est considérablement amélioré, puisque la plupart des sujets peuvent reprendre, après un temps variable, leur métier.

Le traitement consiste en la réduction par hyperextension et le maintien au moyen d'un plâtre. Seule la fracture des surfaces articulaires pose l'indication d'une opération sanglante, qui sera d'ailleurs précédée de l'extension.

Une paralysie par compression de la moelle n'est pas une contre-indication à cette hyperextension. Il est difficile, d'ailleurs, dans les premiers jours, de faire la distinction entre la paralysie due à une simple compression de la moelle et celle due à un écrasement de la moelle.

Hauser a rapporté 3 cas de paralysie spastique qui guérirent par l'hyperextension, l'une datant de 4 mois, l'autre de 3 ans, la troisième de 6 ans.

L'immobilisation est obtenue par un plâtre qui doit être maintenu jusqu'à consolidation complète, c'est-à-dire pendant une période de 3 à 6 mois.

La laminectomie est rarement nécessaire. Enfin, pour les fractures de la colonne cervicale, la question des avantages ou des inconvénients de la traction directe sur le crâne peut se discuter.

André Plichet.

THE LANCET

(Londres)

Leslie J. Harris et **M. A. Albasy.** ***Le test de l'adaptation à l'obscurité. Sa valeur dans la carence en vitamine A*** (*The Lancet*, n° 6069, 23 Décembre 1939, p. 1299-1305 et n° 6070, 30 Décembre 1939, p. 1355-1359). — Le test de l'adaptation à l'obscurité est basé sur le fait que la carence en vitamine A diminue la visibilité des objets légèrement éclairés dans une chambre noire. L'explication la plus généralement acceptée de ce phénomène est que le pourpre rétinien est un dérivé de la vitamine A et par conséquent sa réparation est fonction de la quantité de vitamine A contenue dans l'organisme. Pour mesurer cette capacité de voir les objets dans le noir on se sert d'un appareil spécial, le photomètre de Birch-Hirschfeld.

A l'examen de 100 écoliers, âgés de 11 à 13 ans, d'un district pauvre de Cambridge, on put faire le classement suivant: 43 étaient normaux, 34 légèrement au-dessous de la normale et 23 au-dessous de la normale. A la moitié de ces derniers enfants, on donna 17.000 unités d'huile de foie de morue par jour. Au bout de 15 jours de ce traitement, le test devenait normal alors que pour l'autre moitié le test restait au-dessous de la normale.

Chez 30 enfants bien alimentés, 3 seulement étaient à la limite de la normale, les autres avaient un test suffisant.

Dans un refuge pour enfants abandonnés où le régime comprenait 800 *g.* de lait par jour et de l'huile de foie de morue l'hiver, tous les enfants avaient un test normal.

Il y aurait intérêt à contrôler ces faits par d'autres tests de la vitamine A. Car il faut faire observer que ce test d'adaptation au noir est trop délicat pour devenir une règle d'examen systématique dans les écoles. Il peut seulement être appliqué sur une petite échelle quand on soupçonne la possibilité d'une carence en vitamine A chez quelques éléments jeunes de la population.

André Plichet.

J. B. Penfold, J. Goldman et **R. W. Fairbrother.** ***L'hémoculture et le choix des milieux de culture*** (*The Lancet*, n° 6072, 13 Janvier 1940, p. 65-68). — Pour obtenir des résultats satisfaisants dans les hémocultures, deux facteurs sont importants: l'asepsie stricte et l'usage de plusieurs milieux de culture. Certes, ce dernier facteur expose davantage à la contamination, mais il offre une garantie plus grande surtout lorsque l'on n'est pas fixé sur la septicémie en cause.

P., G. et F. recommandent les milieux suivants: le bouillon à la saponine, le bouillon à la trypsine glucosée, le bouillon de Hartley et le milieu à la viande de Robertson, ces deux derniers milieux pouvant être rendus solides par l'adjonction d'agar-agar.

Le bouillon à la saponine est composé de bouillon auquel on ajoute 2 pour 100 de citrate de soude et 0,1 pour 100 de saponine.

Le bouillon glucosé à la trypsine contient 1 pour 100 de glucose et 10 pour 100 de trypsine.

Le milieu de Robertson est composé de bouillon et de cœur de bœuf.

Le bouillon à la saponine est le milieu par excellence pour déceler le streptocoque viridans.

Le bouillon à la trypsine a le seul avantage de permettre une culture rapide, notamment pour le staphylocoque pyogène.

Le milieu au liquoïd obtenu par l'adjonction de 0,05 de liquoïd (Roche) à 5 cm^3 de sang ne donne pas de meilleurs résultats que le bouillon à la saponine.

André Plichet.

E. P. Sharpey-Schafer. ***Le propionate de testostérone et les troubles vaso-moteurs consécutifs à la déficience des glandes sexuelles*** (*The Lancet*, n° 6074, 27 Janvier 1940, p. 161-164). — On sait depuis longtemps que la ménopause est habituellement associée à des troubles vaso-moteurs, que ces troubles s'observent également après l'ovariotomie bilatérale et qu'ils disparaissent après un traitement par les œstrogènes.

Chez l'homme ces mêmes troubles consécutifs à l'ablation des testicules disparaissent de la même façon après un traitement par les androgènes.

Le mécanisme de ces phénomènes vaso-moteurs est encore obscur. Albright a suggéré trois hypothèses: un simple défaut d'hormones sexuelles, une surproduction de l'hormone gonadotropique de la pituitaire antérieure, la présence d'un facteur inconnu freiné par les hormones sexuelles.

Ces recherches ont été rendues difficiles du fait de l'absence de ces troubles vaso-moteurs chez l'animal.

S., à la suite des nombreuses expériences, est arrivé aux conclusions suivantes: l'injection de grosses doses de propionate de testostérone chez l'homme et la femme aux glandes sexuelles normales, produit des troubles vaso-moteurs. Cet effet peut être inhibé par les œstrogènes.

Chez les femmes et les hommes castrés, les phénomènes vaso-moteurs naturels sont arrêtés par les injections de propionate de testostérone.

Cette action en apparence contradictoire du propionate de testostérone qui produit des troubles vaso-moteurs chez les sujets normaux et les arrête chez les sujets castrés, S. l'explique de la façon suivante: chez les castrés, l'administration massive d'un androgène inhibe l'action d'une substance provenant de la pituitaire antérieure. Chez les sujets normaux, les grandes doses de propionate causent une désorganisation endocrine qui inhibe les glandes sexuelles et excite la pituitaire antérieure.

André Plichet.

Leslie Cole. ***Le pronostic du tétanos*** (*The Lancet*, n° 6074, 27 Janvier 1940, p. 164-168). — Cette étude est basée sur 43 cas de tétanos consécutif à des blessures de la vie civile, traités à peu près tous par la même méthode.

Le diagnostic posé, du sérum antitétanique a été fait immédiatement. La plaie n'a été touchée qu'une heure après l'injection et l'intervention chirurgicale s'est bornée à assurer le drainage et l'irrigation par l'eau oxygénée. Les spasmes tétaniques ont été combattus soit par des doses élevées de bromure dans les cas légers, soit par la paraldéhyde ou par l'avertine en lavement dans les cas plus graves. Avec ces derniers anesthésiques, pour éviter la cyanose, on administra des inhalations d'oxygène sous pression et de l'atropine.

Le sérum dans la plupart des cas fut limité à une simple dose de 200.000 unités internationales intraveineuses. Cette dose fut même réduite à 100.000 unités par la suite. Dans 5 cas, le sérum fut administré par voie intrarachidienne sans qu'on puisse en déduire un avantage quelconque. Dans deux autres cas très graves, on atteignit 360.000 et 520.000 unités sans empêcher l'issue fatale.

Le pronostic dépend de l'âge, des conditions physiques, du sexe, de la gravité et du siège de la blessure, de la durée d'incubation, du moment où l'on injecte le sérum et de l'immunisation antérieure du sujet par du sérum.

Les malades au-dessus de 60 ans ont peu de chances de guérir, à moins que le tétanos soit bénin. Les malades atteints d'insuffisance cardiaque, de bronchite chronique ou d'emphysème sont souvent emportés par une pneumonie, en raison de la rigidité tonique de la cage thoracique. Le pronostic est meilleur chez les femmes.

Il y a une relation certaine entre la gravité de la blessure et celle du tétanos. Les panaris sous-unguéaux chez les cultivateurs se compliquent fréquemment de tétanos. Le tétanos consécutif aux blessures des membres supérieurs est plus grave que celui consécutif à des blessures des membres inférieurs.



LE LAIT GUIGOZ
2 ET 4, RUE CATULLE-MENDÈS
PARIS (17e)
TÉLÉPH. : WAG. 66-76, 66-77

PRODUITS AU LAIT GUIGOZ
GRUYERIA

LAIT EN POUDRE VIVANT
"COMPLET" - "1/2 ÉCRÉMÉ" - "ÉCRÉMÉ"
Régime idéal du nourrisson

LAIT EN POUDRE "DEXTROSÉ-MALTÉ"
Constipation — Troubles cutanés

LAIT EN POUDRE IRRADIÉ "RAVIX"
Rachitisme — Convalescences — Débilité

SOUPE DE BABEURRE EN POUDRE
Gastro-entérites — Reprises d'alimentation

ALIMENT N° 2 — FARINE LACTÉE
ALIMENT N° 3 — SURALIMENT



CONDENSÉ - STÉRILISÉ - NON SUCRÉ
Néphrites - Rétentions chlorurées

DIUROCARDINE

TONIQUE DU CŒUR
AFFECTIONS CARDIAQUES ET RÉNALES
DIURÉTIQUE PUISSANT ET SUR
TOLÉRANCE PARFAITE

DIGITALE (titrée)
SCILLE (décalharliquée)

THÉOBROMINE
PHOSPHO-SODIQUE

DOSE MASSIVE : 2 ampoules ou 3 cach. p. jour pend. 5 jours

DOSE CARDIOTONIQUE : 1 ampoule ou 1 cachet p. jour pend. 10 jours

DOSE ENTRETIEN : ½ amp. ou 1 cachet p. jour, 10 jours p. mois

Diurocystine	ATOMINE	ALZINE	LOGAPHOS	Diurobromine
ANTISEPTIQUE URINAIRE URÉTHRITES - CYSTITES DIATHÈSES URIQUES	RHUMATISME - GOUTTE LUMBAGO - SCIATIQUE CALME LA DOULEUR	BRONCHITES ASTHME - EMPHYSÈME CALME LA TOUX	ASTHÉNIE - ANOREXIE STIMULANT POUR DÉPRIMÉS	AFFECTIONS RÉNALES ALBUMINURIES
Terpine - Benzoate de soude Camphorate de lithine Phosphothéobromine sodique	Ac. phényl - Quinoléine carbonique Théobromine phospho-sodique	Dionine - Lobélie - Polygala Belladone Digitale - Iodures	Ethylphosphates Noix vomique	Théobromine pure isotonisée (cachets de 0 gr. 50)
2 à 5 cachets par jour suivant les cas	2 à 5 cachets par jour	2 à 5 pilules par jour	20 gouttes avant les deux grands repas	2 à 4 cachets par jour suivant les cas

Laboratoires L. BOIZE et G. ALLIOT, 9, Av. J.-Jaurès, LYON

Il est difficile de mesurer exactement le temps d'incubation. Mais cependant le tétanos qui se déclare moins de 7 jours après une blessure est habituellement grave. S'il se déclare après le 14e jour, le pronostic est meilleur. L'apparition des secousses spasmodiques est un meilleur guide pour le pronostic. Si elles surviennent 48 heures après le premier symptôme, le pronostic est grave.

Il est nécessaire de faire le diagnostic le plus rapidement possible et d'administrer immédiatement le sérum. Du sérum préventif doit toujours être fait dans les blessures suspectes et tous les soldats devraient être vaccinés contre le tétanos.

Il n'est pas nécessaire de continuer la sérothérapie quand les secousses spasmodiques ont cessé et qu'il persiste simplement des raideurs musculaires. Il faut faire une exception cependant dans les cas où la blessure septique ne peut être drainée efficacement.

André Plichet.

K. P. Kristensen et **S. N. Vendel.** ***Le traitement de l'eczéma par la vitamine B*** (*The Lancet*, no 6074, 27 Janvier 1940, p. 170-172). — Les notions d'allergie, de déficience hormonale ne suffisent pas à expliquer tous les cas d'eczéma. D'autre part, au cours des carences de certaines vitamines, on observe des dermatoses qui disparaissent quand on ajoute au régime la vitamine en cause.

C'est sur ces considérations que repose ce traitement, appliqué par K. et V. dans une centaine de cas d'eczémas, aigus, subaigus et chroniques.

En peu de jours, le prurit disparaît d'abord, puis on voit, en une semaine, disparaître les éléments eczémateux dans les cas aigus. Dans les cas chroniques, l'amélioration se fait en deux semaines, mais la guérison définitive est plus longue à obtenir et variable avec chaque cas. Il est d'ailleurs nécessaire de prolonger le traitement pour éviter les rechutes.

K. et V. pensent que la vitamine B_2 est le facteur thérapeutique important, en raison de son action dans la pellagre et dans les dermatites expérimentales du rat. Ils se sont servis cependant d'un complexe total de vitamine B, soit par voie buccale, soit par injection. La dose était équivalente à 60 *g.* de levure. On peut d'ailleurs employer des doses élevées sans craindre l'hypervitaminose.

André Plichet.

G. M. Findlay et **F. O. Mac Callum.** ***L'herpès traumatique récidivant*** (*The Lancet*, no 6076, 10 Février 1940, p. 259-261). — Aux 4 cas d'herpès traumatique récidivant, décrits par Nicolau et Poincloux, par Gougerot et Blum, par Paulian, F. et C. en ajoutent un cinquième. Il s'agit d'une enfant de 20 mois qui fit une chute, se coupant la lèvre inférieure, puis 2 ans après, une autre chute où elle s'égratigna la paume de la main. Onze jours après ce dernier accident, de petites vésicules d'herpès apparaissaient à la face palmaire et à l'index, sans réaction ganglionnaire régionale. Cette éruption herpétique disparut, pour reparaître à des intervalles de 2, 3 et 6 mois. A cette époque également apparurent sur la lèvre inférieure des vésicules d'herpès qui se développèrent exactement sur la petite cicatrice résultant de la chute à l'âge de 20 mois. L'éclosion de l'herpès labial ne se faisait cependant pas en même temps que celle de l'herpès de la main. En 4 ans l'herpès labial apparut 4 fois.

Le liquide retiré des vésicules de la main a donné chez le lapin une opacité de la cornée et une encéphalite. Les cellules de la cornée et du cerveau des lapins contenaient des inclusions intracellulaires acidophiles. Le virus ainsi extrait conférait en 48 heures une encéphalite mortelle à la souris après injection intracérébrale. Le sérum de l'enfant neutralisait une suspension de matière cérébrale infectée de souris et ce sérum contenait des anticorps.

Les parents de l'enfant avaient eu quelques poussées d'herpès, mais secondairement à leur enfant, et on ne put retrouver le virus dans leur salive.

F. et C. discutent sans conclure les différentes hypothèses émises pour expliquer la récidive de l'herpès: le virus peut rester latent soit dans les cellules épidermiques, soit dans le ganglion spinal, soit dans les terminaisons nerveuses.

André Plichet.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

J. Diez. ***L'ostéite fibreuse disséminée au cours de la puberté précoce, associée à des pigmentations cutanées*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. 26, no 39, 27 Septembre 1939, p. 1870-1897). — En 1937, Albright, Buttler, Hampton et Smith publièrent 4 observations personnelles d'un syndrome caractérisé par de l'ostéite fibreuse disséminée associée à une puberté précoce et à de la pigmentation cutanée. Cette triade morbide a reçu le nom de syndrome d'Albright, syndrome qui est seulement une forme clinique particulière de l'ostéodystrophie fibreuse. D. a retrouvé 7 observations, publiées par des auteurs différents, de maladie de Engel-Recklinghausen et qui, par leur allure, s'apparentent au syndrome mis en lumière par Albright.

Avant de passer en revue ces 11 observations, D. nous relate en détail un cas personnel de triade d'Albright. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, bien portante, sans antécédents notables et qui vit sa menstruation débuter à l'âge de 5 ans. Irrégulières jusqu'à 11 ans, ses règles deviennent normales dès lors. Dès le début de ses règles (5 ans) apparaissent aussi les caractères sexuels secondaires. Jusqu'à 12 ans croissance normale. Elle atteint la hauteur de 1 *m.* 48. Puis la croissance s'arrête. Elle mesure actuellement 1 *m.* 34 par suite de ses lésions osseuses. Dès l'âge de 5 ans, l'enfant boite légèrement et tombe fréquemment à terre. Ces chutes, très douloureuses, l'obligeaient à rester immobile durant 20 à 30 jours, et à chaque fois la chute provoquait un raccourcissement notable du membre lésé.

Divers diagnostics furent portés alors. A 10 ans, une biopsie du tibia fait poser le diagnostic d'ostéite fibrokystique de Recklinghausen nécessitant une intervention. Celle-ci pratiquée deux ans plus tard ne donna pas de résultat. Les symptômes s'aggravent et les fractures spontanées, les raccourcissements se multiplient.

Son état actuel, est en gros, celui d'une enfant débile, atrophiée musculairement. L'examen montre: une peau blanche, élastique et moite. On note une tache pigmentée, couleur café au lait sous l'oreille droite, et une autre grande tache d'environ 10 *cm.* de diamètre dans la région sus-claviculaire droite. D'autres taches sont disséminées sur toute la face. Le système pileux est très développé. Les pupilles et les réflexes sont normaux, de même que tous les organes. L'examen du squelette montre un agrandissement de volume du crâne et une protubérance de la région pariétale droite. La face est asymétrique; il existe une tumeur osseuse du maxillaire supérieur gauche, provoquant cette asymétrie de tout le visage. Epaississement du maxillaire inférieur. Le tronc est déformé par une scoliose dorsale droite. Il existe, en plus, une énorme lordose lombaire due à une déformation pelvienne. Les dernières côtes, comme conséquence de ces déformations, sont en contact direct avec les crêtes iliaques. L'examen radiologique osseux complet donne l'aspect classique des ostéites fibreuses, images cotonneuses, produites par la décalcification entre autres.

Le 6 Septembre 1938 on pratique une intervention qui permit d'extirper un adénome thyroïdien. Aucune amélioration ne s'étant produite, on soumet la malade à l'héliothérapie. Il semble que ce traitement atténue les douleurs et arrête l'évolution. Des clichés radiographiques exécutés un an après ne montrent aucune lésion nouvelle, mais aucune amélioration des lésions anciennes.

D. termine en analysant, sur l'ensemble des cas cités dans la littérature, les divers symptômes de cette forme d'ostéite et en faisant le diagnostic différentiel du syndrome d'Albright d'avec les maladies de Recklinghausen, d'Ollier, de Paget et de Gaucher. Enfin, il nous cite, en résumé, une observation de ce syndrome chez un jeune enfant du sexe masculin, qui tendrait à faire croire à l'existence de ce syndrome chez l'homme.

Robert Cohonel.

C. A. Videla et **G. Caputo.** ***La sérothérapie humaine neutralisante dans la maladie de Nicolas-Favre*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. 26, no 46, 15 Novembre 1939, p. 2213-2218). — Les nombreuses thérapeutiques préconisées dans cette infection n'ont pas toujours et dans tous les cas donné de résultats appréciables. V. et C. ont expérimenté dans 4 cas, différents par leur phase évolutive et rebelle à d'autre médication, une nouvelle thérapeutique qu'ils ont appelé la « sérothérapie humaine neutralisante ». Cette thérapeutique diffère absolument de l'autohémothérapie ou du sérum de convalescent.

V. et C. ont cherché le moment opportun pour la prise de sang destiné au sérum. Ce moment semble se placer 15 jours après le début de l'infection, durant la période fébrile, avec manifestations évidentes d'adénite inguinale, splénomégalie et réaction de Frei positive. Les propriétés virulicides du sérum sont alors à leur maximum d'efficacité. La technique thérapeutique est la suivante: extraction à la seringue du contenu intraganglionnaire et avec la même aiguille injection dans le ganglion de 1 cm^3 de sérum associée à 1 injection de 1 cm^3 intraveineux. Répétition toutes les 48 heures des injections de 2 cm^3 intraveineux en intraganglionnaires. S'il y a fistulation ganglionnaire on fait des injections péri-ganglionnaires. La dose totale varie selon les cas (les injections intraveineuses ne provoquant aucun trouble). Devant les guérisons réelles obtenues par cette nouvelle thérapeutique, V. et C. n'hésitent pas à la préconiser dans la plupart des cas de maladie de Nicolas-Favre.

Robert Cohonel.

BRUXELLES MEDICAL

L. Masse (Bordeaux). ***Modifications de la formule sanguine dans la grossesse extra-utérine rompue. Recherches cliniques et expérimentales*** (*Bruxelles-Médical*, t. 20, no 17, 25 Février 1940, p. 538-541). — Pendant un an, on a examiné systématiquement la formule sanguine des femmes atteintes de grossesse extra-utérine.

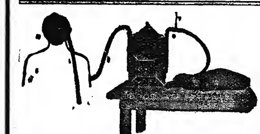
Lorsque la grossesse extra-utérine n'est pas rompue, il n'y a aucune modification du taux des globules blancs et de la formule leucocytaire.

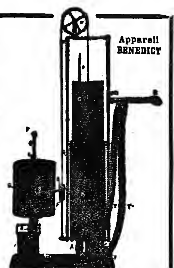
Au contraire, dès la rupture de la grossesse extra-utérine, il y a d'abord une très forte hyperleucocytose (14.000 à 31.000 globules blancs) essentiellement constituée par l'augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles dont le taux atteint 90 à 95 pour 100. Il y a ensuite baisse importante des globules rouges et chute parallèle de l'hémoglobine.

Dès l'intervention, lorsque l'hémorragie est arrêtée, le nombre des globules blancs diminue; en quelques heures, il tombe de 30.000 à 10.000 et en 48 heures, en général, revient à la normale. Parallèlement, le taux des polynucléaires diminue et redevient normal en 3 à 4 jours ; la polynucléose est alors remplacée par une lymphocytose élevée et quelquefois par un certain degré d'éosinophilie.

Sur des chiennes gravides, on a essayé de réaliser

Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)





TOUS LES INSTRUMENTS *LES PLUS MODERNES* POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

OSCILLOMÈTRE universel de G. BOULITTE
ARTÉROTENSIOMÈTRE du Prof. DONZELOT assistant du Prof. VAQUEZ
KYMOMÈTRE de VAQUEZ, GLEY et GOMEZ
SPHYGMOPHONE BOULITTE-KOROTKOW

ÉLECTROCARDIOGRAPHES NOUVEAUX MODÈLES
A 1, 2 OU 3 CORDES — MODÈLES PORTATIFS

DIATHERMIE - MESURE DU MÉTABOLISME BASAL - AUDIOMÈTRES DIVERS

Catalogues sur demande — Expéditions directes Province et Étranger.

PANSULINE



Afin d'éviter les nombreuses confusions avec les Insulines injectables

— EX —



l'Insuline Fornet prendra désormais le nom de **PANSULINE**



L'EFFICACITÉ DE L'INSULINE

PAR LA VOIE DIGESTIVE
DÉMONTRÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
THÈSE DU 12 JUILLET 1937, mention très honorable
demandez un exemplaire aux
Laboratoires **THAIDELMO**, 11, Chaussée de la Muette - PARIS-16e - Auteuil 21-69

DRAGÉES **DESENSIBILISATION** GRANULÉS
AUX CHOCS

PEPTALMINE

MIGRAINES
TROUBLES DIGESTIFS
PAR ASSIMILATION DÉFECTUEUSE

POSOLOGIE
2 DRAGÉES OU 2 CUILLERÉES A CAFÉ DE GRANULÉS
UNE HEURE AVANT CHACUN DES 3 REPAS

URTICAIRE
STROPHULUS
PRURITS. ECZEMAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA 21, rue Chaptal, Paris. 9e

les conditions expérimentales se rapprochant de l'inondation péritonéale. Au cours de ces hémopéritoines, des examens de sang montrent, au bout de 30 à 50 minutes environ, une chute lente et progressive des hématies ; 25 à 30 minutes après l'hémorragie, il y a une augmentation rapide et brutale des leucocytes, le chiffre maximum étant atteint en 9 heures environ. Cette leucocytose est constituée par des polynucléaires. Le retour à la normale se fait avec le même caractère de brusquerie.

Ces faits expérimentaux, corroborant ce qui est constaté en clinique, montrent l'intérêt diagnostique de la recherche de la formule sanguine. Une forte leucocytose à polynucléaires, précoce et brutale, est un signe de présomption en faveur de l'inondation péritonéale. Le même symptôme se retrouverait dans l'hémopéritoine chez l'homme et chez la femme, en dehors de la grossesse extra-utérine, et est un indice dont il faudra tenir compte dans le diagnostic hésitant d'un drame abdominal aigu.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES

(Louvain)

W. de Weerdt (Louvain). ***Recherches hématologiques sur la biopsie médullaire. I. La moelle normale*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **11**, n° 7, Août-Septembre 1939, p. 297-325). II. ***Aspect de la moelle osseuse dans les hémopathies*** (*même Revue*, t. **11**, n° 8, Octobre 1939, p. 337-414). III. ***Interprétation des données du myélogramme*** (*même Revue*, t. **11**, n° 9, Novembre 1939, p. 440-460). — Ce mémoire est basé sur l'examen du produit de 150 ponctions médullaires. On y trouvera des précisions techniques et des notions sur l'aspect de la moelle osseuse à l'état normal et pathologique, des conclusions sur l'interprétation de certains éléments et la provenance de quelques cellules.

Pour éviter la dilution du suc médullaire, il faut réduire l'aspiration au strict minimum.

L'interprétation du myélogramme doit comporter pour être complète l'établissement du rapport granulo-érythropoïétique, l'étude de la courbe de maturation des érythroblastes et des éléments granuleux, la détermination de l'indice de maturation protoplasmique des érythroblastes et celle de l'indice cardio-cinétique.

Il existe, dans la moelle normale, des transitions entre les cellules réticulaires et les monocytes. La moelle normale contient des lymphocytes particuliers d'origine histioïde.

La réaction de la moelle osseuse a été étudiée chez 124 sujets : 63 anémies, à réaction normoblastique (43), mégaloblastique (12), anémie ablastique (8) ; 4 polyglobulies, 30 leucémies, la moitié chronique, la moitié aiguë, parmi lesquelles 3 leucémies à monocytes. Les autres myélogrammes se rapportent à 1 cas de mononucléose infectieuse, 6 diathèses hémorragiques, 8 granulomes des organes hématopoïétiques et 12 sujets atteints d'affection du système réticulo-endothélial et du tissu conjonctif. Parmi celles-ci, il y a une maladie de Schüller-Christian et 4 mycosis fongoïdes.

La ponction sternale a un intérêt diagnostique, surtout dans l'anémie pernicieuse et dans les anémies aplastiques. Elle est utile pour étayer le diagnostic dans les cryptoleucémies, l'intoxication saturnine et rendra des services dans les métastases néoplasiques médullaires et dans le lymphogranulome malin où elle permet de découvrir une éosinophilie médullaire en l'absence d'éosinophilie sanguine. Elle a, en outre, une valeur pronostique et permet d'éclairer quelques problèmes pathogéniques.

Robert Clément.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

(Saint-Louis)

Walter R. Holmes et George A. Williams. ***Formation d'un vagin artificiel sans opération par la méthode de R. T. Frank*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **39**, n° 1, Janvier 1940, p. 145). — On sait qu'il est possible de remédier à l'absence congénitale du vagin par divers procédés opératoires. Les résultats en sont, parfois, extrêmement brillants; mais ils sont aléatoires (et, en cas d'insuccès, la présence de tissu cicatriciel rend délicates des interventions ultérieures) ; d'autre part, ces techniques nécessitent le prélèvement de greffons qui créent des mutilations. Aussi, Robert T. Frank a-t-il eu l'idée, en 1938, d'une thérapeutique non-opératoire qui a le mérite d'une simplicité parfaite : elle se propose de créer, par des pressions soutenues, une invagination de la muqueuse vulvaire dans le tissu cellulaire lâche qui est entre vessie et rectum. On obtient, ainsi, avec de la patience, un canal tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié presque identique à celui du vagin, et on évite tous les dégâts liés au prélèvement et tout danger.

H. et W. rapportent deux cas où ils ont tiré bénéfice du procédé. Dans le premier, il s'agissait d'une femme ayant des caractères sexuels secondaires normaux, un petit infundibulum de 1 *cm.* au niveau de l'orifice vaginal et, au toucher rectal, un utérus infiniment petit avec un ovaire gauche. On apprit à la patiente à exercer des pressions dans l'infundibulum avec une tige d'un calibre de 8 *mm.*, après s'être mise en position de la taille ; les séances avaient lieu 3 fois par jour, pendant une demi-heure, et, la nuit, un dispositif élastique permettait d'obtenir une pression continue. Plus tard, on utilisa des tiges de 15 puis de 20 *mm.* Au bout de 4 mois, on avait obtenu un vagin de 6 *cm.* de profondeur.

L'autre cas concerne une négresse de 17 ans qui avait été opérée sans succès à deux reprises, et qu'on avait laparotomisée ; en plus, sur le diagnostic inexact d'hématométrie, la masse interprétée comme telle était un rein ectopique. Cette intervention permit de voir un petit ovaire droit et une corne utérine droite rudimentaire. On institua un traitement analogue à celui de la précédente observation, en utilisant comme lubrifiant, pour la bougie, une pommade à base d'œstrogène. Huit semaines après, il y avait un vagin de 6 *cm.* 5, admettant deux doigts.

Henri Vignes.

J. B. Collip. ***Physiologie de la préhypophyse et réflexions sur l'hormone médullo-trophique*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **39**, n° 2, Février 1940, p. 187-203). — Si le nombre des types cellulaires trouvés dans l'hypophyse est limité, il n'en est pas de même des effets physiologiques des extraits hypophysaires : 1° stimulation de la croissance stomatique ; 2° action thyréotrope ; 3° action gonadotrope ; 4° action corticotrope ; 5° action sécréto-mammaire (prolactine) ; 6° effet diabétogène ; 7° effet cétogène ; 8° augmentation de la graisse hépatique ; 9° abaissement du quotient respiratoire ; 10° modification de la lipémie ; 11° augmentation des oxydations chez l'animal thyroïdectomisé ; 12° inhibition de l'hypoglycémie insulinique ; 13° inhibition de l'hypoglycémie adrénalinique ; 14° effet glycostatique (mise en réserve de glucides) ; 15° effet d'expansion de chromatophores. C. passe en revue ces divers effets d'après les travaux récents. A propos de l'hormone de croissance stomatique, il signale une action chondrotrophique, une action sur les vaisseaux, une autre sur le métabolisme du calcium. Il y a peut-être deux hormones thyréotropes, la seconde provenant de la *pars intermedia*. La production d'hormone gonadotrope est rythmique. Le pouvoir cétogène existe dans l'hormone de croissance, dans l'hormone thyréotrope, dans la prolactine, etc... Voilà beaucoup d'effets, en vérité. Est-ce à dire qu'il y ait autant d'hormones ? C. ne le croit pas ; il se représente deux ou trois sécrétions internes constituées par une molécule protéinique associée à d'autres substances actives, et il admet que ces hormones, en liaison avec le système neuro-végétatif et le système endocrinien, réalisent les divers effets obtenus. C. termine par l'exposé de recherches actuelles de son laboratoire : influence de l'extrait hypophysaire sur le contenu du foie et du sang en vitamine A, tentatives de traitement de l'obésité féminine (résultats médiocres), découverte d'un effet médullotrope comparable à l'effet corticotrope.

Henri Vignes.

Otto Schwarz, S. D. Soule et Bernice Dunie. ***Les lipides du sang pendant la grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **39**, n° 2, Février 1940, p. 203-213). — Le fœtus a besoin de lipides pour ses édifications cellulaires. En fait-il la synthèse ou les reçoit-il à travers le placenta ? C'est un problème bien difficile. En tout cas, son taux de lipide commence à augmenter vers le temps où la couche de Langhans commence à disparaître, et vers le temps où le sang de la mère s'enrichit de lipides (plus exactement, le plasma du sang maternel, à l'exclusion des globules). S., S. et D. ont étudié la teneur du sang maternel en diverses substances grasses, de mois en mois, pendant toute la grossesse, chez 8 femmes, dans des conditions comparables. Ils ont constaté : une très importante augmentation de graisses neutres (44 à 172 pour 100 du taux initial) et une moindre augmentation du cholestérol (8 à 136 pour 100 du cholestérol total, 4 à 150 pour 100 des éthers, 20 à 113 pour 100 du cholestérol libre) et des phosphatides (20 à 160 pour 100), — le caractère régulièrement progressif de ces augmentations, — la constance du rapport

$$\frac{\text{éther du cholestérol}}{\text{cholestérol total}}$$

les variations non constantes du rapport

$$\frac{\text{phosphatides}}{\text{cholestérol total}}$$

(cette inconstance des résultats ne leur a pas permis de pousser l'étude de l'antagonisme de ces deux substances et de ses effets sur l'hydratation de l'organisme). Ils n'ont trouvé aucun rapport entre les chiffres obtenus et les éléments suivants : gain pondéral, poids de l'enfant, concentration du sang. Ils annoncent des recherches ultérieures.

Henri Vignes.

AMERICAN JOURNAL OF SYPHILIS, GONORRHEA AND VENERAL DISEASES

(Saint-Louis)

Herman Beerman. ***La négativation des réactions humorales sanguines sous l'action du bismuth par la chimiothérapie combinée*** (*American Journal of Syphilis Gonorrhea and Venereal Diseases*, vol. 23, n° 6, Novembre 1939, p. 724-731). — Depuis l'introduction du bismuth dans le traitement de la syphilis, la question s'est posée de savoir si la négativation des réactions humorales était obtenue plus rapidement par l'usage successif des arsenicaux, du bismuth et du mercure, ou par leur emploi simultané en association médicamenteuse. Les deux opinions opposées ont été également soutenues par des auteurs différents.

Harrison et Schamberg estiment que l'emploi associé de l'arsphénamine et du bismuth négative

TERCINOL

Véritable Antiseptique du Docteur de Christmas (Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport à l'Académie de Médecine)

PUISSANT ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

S'oppose au développement des microbes - Combat la toxicité des toxines par son action neutralisante et cryptotoxique
Décongestionne • Calme • Cicatrise

Applications classiques :

ANGINES - LARYNGITES STOMATITES - SINUSITES
1/2 cuillerée à café par verre d'eau chaude en gargarismes et lavages

DÉMANGEAISONS, URTICAIRES, PRURITS TENACES
anal, vulvaire, sénile, hépatique, diabétique, sérique
1 à 2 cuill. à soupe de Tercinol par litre d'eau en lotions chaudes répétées
EFFICACITÉ REMARQUABLE

MÉTRITES - VAGINITES - PLAIES VARIQUEUSES
1 à 2 cuillerées à café par litre d'eau chaude en injections ou lavages.

Littérature et échantillons : Laboratoire R. LEMAITRE, 247 bis, rue des Pyrénées, Paris

NEURINASE

SOLUTION ET COMPRIMÉS

amorce le sommeil naturel



Insomnie
Troubles nerveux

Ech.ons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
45 Rue du Marché-Neuilly-PARIS

PANGLANDINE

CRÉÉE EN 1897

toute une équipe au secours des
GLANDES DÉFICIENTES
Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.

4 à 10 CAPSULES PAR JOUR

LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

plus rapidement le Wassermann que l'emploi de la médication arsénicale isolée. B. soutient l'opinion opposée, basée sur ses statistiques personnelles. Stockes et Beerman, dans leur étude du trisodarsen, ont obtenu, par exemple, 90 pour 100 de négativation du Wassermann par ce médicament seul, tandis qu'associé au bismuth, le trisodarsen ne donnait que 58 pour 100 de négativation dans le même temps.

L'interprétation des faits est malaisée. Il est peu probable qu'un des médicaments neutralise l'action de l'autre. Peut-être est-il plus logique de tenir compte du dosage moins élevé et, par conséquent, de l'activité moindre de chacun des deux médicaments quand ils sont utilisés en même temps, que quand ils sont employés seuls.

H. Schaeffer.

Scholtz et **Chaney**. ***Etudes sur la concentration du bismuth dans les tissus chez l'homme*** (*American Journal of Syphilis Gonorrhea and Venereal Diseases*, vol. **23**, n° 6, Novembre 1939, p. 759-771). — Le problème que se sont posé S. et C. consiste dans la recherche et le dosage du bismuth dans les divers tissus de sujets ayant subi un traitement bismuthique de plus ou moins longue date, et décédés d'une affection intercurrente sans accidents toxiques liés au bismuth.

Pappenheimer rapporte deux cas de cet ordre. Dans l'un, le rein contenait 14 mg. 57 de bismuth pour 100 g. de tissus, soit un total de 46 mg. 4 pour tout le rein, ou plus de 10 pour 100 du bismuth total injecté. Dans l'autre, le chiffre était de 23 mg. 8 pour 100 g. de rein, ou 73 mg. 8 pour tout le rein, qui représentait 7,38 pour 100 du bismuth injecté.

S. et C. rapportent les résultats de leurs recherches chez 15 sujets. Dans les reins, le contenu en bismuth variait entre 0,5 et 12,0 mg. pour 100 g., dans le foie il variait entre 0,5 et 4,5 mg. pour 100 de tissu. Le détail des observations montre que le contenu en bismuth peut être élevé bien que le traitement bismuthique date de plusieurs années. La concentration bismuthique était plus élevée dans certains reins histologiquement normaux, que dans des reins atteints de lésions qui auraient pu relever du bismuth.

Des recherches ultérieures sont indispensables pour étudier le contenu en bismuth du système nerveux, du cœur, de l'aorte, du globe oculaire et de bien d'autres tissus, et de tâcher de préciser s'il existe un rapport entre la concentration tissulaire en bismuth et l'action thérapeutique exercée par le médicament sur les tissus.

H. Schaeffer.

IL BAGLIVI
(Florence)

F. Rocchi (Rome). ***Le pronostic de l'intoxication myocardique au cours de la diphtérie avec considérations spéciales sur l'examen électrocardiographique*** (*Il Baglivi*, t. **5**, n° 6, Novembre-Décembre 1939, p. 297-330). — R. élimine de son étude les diphtéries dans lesquelles la gravité ne dépend pas uniquement du facteur toxique ; la tachycardie toxique du début, qui est d'origine sinusale, n'a pas de signification pour le pronostic ; en effet, elle peut être très accusée chez des sujets n'ayant qu'une fièvre très élevée et régresser rapidement ; elle peut être très discrète dans des cas cliniquement fort graves; même persistant pendant un certain temps, elle n'a pas plus de valeur ; elle peut dépendre d'une atteinte myocardique ou être la résultante de cette atteinte et des chocs protéiques produits par les injections de sérum. Dans toutes les diphtéries où le facteur toxique est au premier plan, il est indispensable de faire des électrocardiogrammes pendant une période plus ou moins longue suivant les cas ; les électrocardiogrammes ont une grande valeur, mais celle-ci n'est pas absolue ; seule, la confrontation de toutes les données cliniques et électrocardiographiques permet un pronostic exact ; tous les types d'anomalie de l'excitabilité et de la conduction peuvent traduire l'intoxication du myocarde au cours de la diphtérie ; c'est surtout leur persistance et leur évolution qui fixent le pronostic ; on doit également attacher la plus grande importance aux signes électrographiques de souffrance du myocarde commun, qui peuvent modifier complètement un pronostic que l'absence de troubles de rythme aurait fait porter favorable.

Lucien Rouquès.

G. de Bomis (Rome). ***L'administration sous-cutanée d'oxygène dans le traitement des états azotémiques*** (*Il Baglivi*, t. **5**, n° 6, Novembre-Décembre 1939, p. 340-366). — Les injections sous-cutanées d'oxygène à la dose d'un litre par jour environ chez les hypertendus essentiels avec signes de sclérose rénale au début, ramènent très souvent l'azotémie à la normale et améliorent l'état général, supprimant la céphalée et l'insomnie ; lorsque l'hypertension s'accompagne d'une sclérose rénale nette, l'effet des injections d'oxygène est moins évident ; les artério-scléreux avec ou sans hypertension sont améliorés subjectivement, mais la baisse de l'azotémie a été peu marquée, les sujets examinés ayant d'ailleurs un taux d'urée proche de la normale ; dans 4 sur 6 de glomérulo-néphrite subchronique, les injections d'oxygène ont agi nettement; dans les glomérulo-néphrites chroniques, les résultats ont toujours été peu importants et, chez les cardio-rénaux en décompensation, nuls. En suivant les variations des diverses fractions de l'azote résiduel du sang, on peut arriver à la conclusion que l'amélioration dépend d'un meilleur fonctionnement, tantôt du rein, tantôt du foie.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Gori Savellini (Sienne). ***Sur l'action hypotensive de l'accès fébrile provoqué chez les hypertendus*** (*Minerva Medica*, an. **31**, t. **1**, n° 3, 21 Janvier 1940, p. 55-58). — G. a étudié cette action chez 22 sujets atteints d'hypertension essentielle (11) d'origine rénale (2) ou artério-scléreuse (9) ; dans un cas, une poussée fébrile de quelques heures est survenue spontanément au début d'une congestion pulmonaire ; dans les autres, l'accès a été provoqué par une injection intramusculaire de lait ou intraveineuse de divers vaccins. Dans 20 cas sur 22, G. a noté une hypotension plus ou moins marquée mais toujours nette, portant sur la maxima (de 10 à 90 mm. de mercure) et sur la minima (de 10 à 35 mm.) et durant de 1 à 15 jours ; dans 6 cas, la glycémie a été dosée et s'est élevée de 10 à 50 cg. par litre, l'augmentation s'étant produite chez 5 sujets au moment de l'acmé fébrile et chez le dernier au début de la défervescence ; la tachycardie a été constatée chez les 22 malades et a été, dans l'ensemble, proportionnelle à l'hyperthermie. Chez certains sujets, plusieurs accès ont été provoqués et l'hypotension est devenue plus forte à chaque épreuve.

L'hypotension avec hyperglycémie produite par la fièvre chez les hypertendus s'oppose à l'hypertension avec hyperglycémie des sujets à tension normale et sympathique excitable ; elle traduit leur état spécial d'équilibre neuro-humoral et de réactivité vasomotrice.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

F. Raggi (Milan). ***Sur les variations de l'azotémie au cours des hémorragies cérébrales et méningées*** (*La Riforma Medica*, t. **55**, n° 45, 11 Novembre 1939, p. 1611-1619). — R. a étudié l'azotémie de sujets ayant présenté un ictus, éliminant ceux chez qui l'anamnèse, l'examen des urines et les épreuves fonctionnelles rendaient probable une lésion rénale antérieure ; dans 4 cas sur 4 d'hémorragie méningée et dans 27 cas sur 34 d'hémorragie cérébrale, il a trouvé, à quelques jours de l'ictus, une augmentation nette du taux de l'azote sanguin ; dans les atteintes légères, l'azotémie ne dépasse pas 1 gramme et revient à la normale en 8 à 12 jours au plus tard ; dans les autres cas, elle varie au début de 1 g. 20 à 1 g. 60, persiste pendant 2 ou 3 semaines quand l'évolution finale est favorable ou s'élève jusqu'à la mort dans les autres ; elle a donc une valeur pour le pronostic.

La pathogénie de cette hyperazotémie n'est pas éclaircie ; on ne peut mettre en cause ni la résorption du sang, ni l'oligurie, ni l'hypochlorémie, ni une insuffisance fonctionnelle du rein ; un facteur nerveux a été incriminé, sans bases bien certaines ; en tous cas, ni l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, ni le siège de l'hémorragie ne paraissent influencer les variations de l'azotémie.

Lucien Rouquès.

R. Franza et **A. Colarusso** (Naples). ***La sterno-myélo-culture dans les infections typhoïdiques*** (*La Riforma Medica*, t. **55**, n° 50, 16 Décembre 1939, p. 1743-1749). — Chez 200 sujets, atteints d'affections typhoïdiques, F. et C. ont fait comparativement une hémoculture et une culture de la moelle sternale ; les hémocultures ont donné 33 pour 100 de résultats positifs et les sterno-myélocultures 48,8 pour 100 ; ces dernières peuvent être positives aux phases avancées de la maladie, en période de température légère ou même d'apyrexie, alors que les hémocultures sont dans la règle négatives. La culture de la moelle sternale est sans danger et facile ; chez les adultes, la ponction n'échoue que dans un dixième des cas. La sterno-myéloculture est un excellent procédé de diagnostic des infections typhoïdiques aux périodes relativement éloignées du début, quand le séro-diagnostic est encore négatif ou est d'interprétation difficile comme chez les vaccinés ; elle est aussi indiquée chez les enfants, chez qui la prise du sang à la veine est souvent difficile.

Lucien Rouquès.

M. Battiloro (Naples). ***Recherches expérimentales sur l'action des ondes courtes dans le processus de guérison des fractures*** (*La Riforma Medica*, t. **55**, n° 51, 23 Décembre 1939, p. 1771-1778). — Quelques recherches expérimentales ont été faites sur l'action des ondes courtes dans le processus de réparation des fractures ; tous les auteurs s'accordent pour admettre que les doses fortes entraînant un effet thermique évident n'influencent ni le développement, ni la consolidation du cal ; mais certains soutiennent que les petites doses, sans effet thermique manifeste, favorisent la production du cal, tandis que les autres affirment qu'elles n'ont aucune action et n'accélèrent pas la guérison de la fracture. B. a repris la question sur 15 lapins de forte taille ; il leur fracturait les deux radius après découverte chirurgicale de l'os et faisait des irradiations sans effet thermique (ondes de 6 mètres) d'un seul côté ; les animaux furent radiographiés tous les 10 jours et, suivant les lots, sacrifiés au bout de 10, 20, 30, 40 et 60 jours ; la région du cal a été examinée histologiquement. Dans tous les cas, B. a constaté que les irradiations avaient eu une action légèrement mais indiscutablement favorable sur l'évolution des fractures. Il semble que les ondes courtes ont eu, dans les conditions où B. s'est placé, des effets uniquement ou surtout locaux, par l'intermédiaire d'une hyperhémie active.

Lucien Rouquès.

S. Miano (Milan). ***L'exploration du fonctionnement du foie par le sulfate de quinine*** (*La Riforma Medica*, an. **56**, n° 2, 13 Janvier 1940,

Toute l'année
DAX
Toute l'année

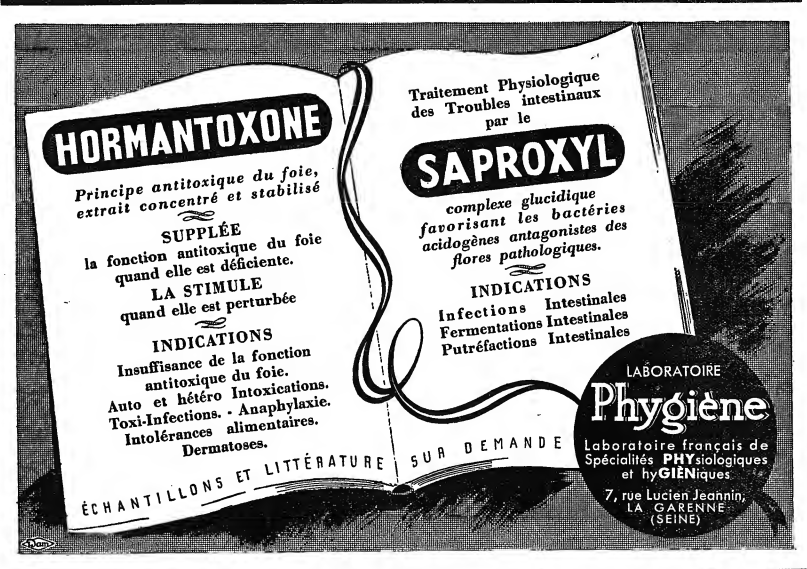
LA CURE INTÉGRALE DU RHUMATISME
par les bains de boue *(radioactivité de 0,42 à 8,85 millicrocuries)*

Hôtels " SPLENDID ", " MIRADOUR GRACIET "

UN ÉTABLISSEMENT THERMAL DANS CHACUN DE CES HOTELS

PRIX MODÉRÉS

Renseignements : Société Immobilière Fermière des Eaux de Dax, à DAX (Landes)



UNE CONCEPTION NOUVELLE EN OPOTHÉRAPIE

AMPOULES BUVABLES de 10 cc
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

1 à 3 AMPOULES PAR JOUR
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

GLOBEXINE

ANEMIES. CROISSANCE
ETATS INFECTIEUX
LES ANALBUMINES

EXTRAIT AQUEUX TOTAL
DU GLOBULE SANGUIN
PRIVÉ DE SES ALBUMINES
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, rue Chaptal, Paris. 9e

MISERE PHYSIOLOGIQUE
GROSSESSE. HEMORRAGIES
LES ANALBUMINES

Une nouvelle forme de la Globexine : Sirop aromatisé à l'orange.

p. 35-38). — On sait que le foie a une action d'arrêt sur les alcaloïdes ; Weill et Le Cluyse ont proposé d'employer le sulfate de quinine pour apprécier cette fonction antitoxique. M. a utilisé la technique suivante : le sujet, à jeun, vide sa vessie et ingère 0 g. 25 de sulfate de quinine ; on le fait uriner de demi-heure en demi-heure, à 4 reprises, et on recherche l'alcaloïde par le réactif de Tanret; aucun trouble n'est observé dans les 4 échantillons lorsque la réaction est négative comme à l'état normal ; quand elle est positive, la quinine est décelée dans la totalité ou une partie des prélèvements. L'épreuve de la quinine a été pratiquée par M. chez 132 sujets hépatiques ou non, ainsi que celles du rose bengale, de Ucko et de l'hyperglycémie alimentaire ; dans l'ensemble, les discordances ont été exceptionnelles, sauf avec l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire ; l'épreuve de la quinine est sensible, spécifique; sa facilité d'exécution la rend précieuse pour le praticien ; elle n'a qu'un inconvénient, qui lui est d'ailleurs commun avec les méthodes similaires, celui de n'être valable que lorsque l'émonctoire rénal est indemne.

Lucien Rouquès.

F. Corelli et **M. Gaetano** (Rome). ***Avantages des petites transfusions répétées de sang dans le traitement des leucémies*** (*La Riforma Medica*, t. **56**, n° 6, 10 Février 1940, p. 167-172). — C. et G. ont employé chez 9 sujets atteints de leucémie chronique des transfusions répétées ; la quantité de sang variait de 150 à 250 cm^3 et était, en moyenne, de 200 cm^3 ; lorsque l'anémie était intense et que les premières transfusions avaient été très bien supportées, ils faisaient parfois une transfusion de 300 cm^3. Ils insistent sur la nécessité de prendre du sang d'un donneur du même groupe que le malade et sur celle de pousser l'injection lentement (15 à 20 minutes au moins pour une transfusion de 200 g.) après l'avoir suspendue pendant quelques minutes lorsque 10 à 15 cm^3 ont été introduits. Les transfusions étaient répétées tous les 3 à 5 jours, puis tous les 5 à 8 jours ; peu à peu, suivant l'état général et la formule sanguine, on arrivait à les espacer de 20 à 30 jours.

Cette technique permet un traitement radiothérapique plus actif et plus durable, et diminue notablement les troubles que les irradiations peuvent provoquer ; l'état général s'améliore plus et d'une façon plus durable ; la réparation de l'anémie est plus complète et les risques d'hémorragie peut-être moins grands. Les malades qui, pour des raisons tenant à leur état général ou à une anémie prononcée, ne peuvent être traités par les rayons, peuvent retirer des transfusions seules un bénéfice réel ; mais l'association radiothérapie-transfusions répétées est la méthode de choix.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA DI FISIOPATOLOGIA CLINICA E TERAPEUTICA (Bologne)

G. Lami (Pise). ***Sur les effets semblables à ceux de l'histamine de l'acide nicotinique injecté par voie intradermique*** (*Rassegna di fisiopathologia clinica e terapeutica*, t. **12**, n° 1, Janvier 1940, p. 43-46). — Si l'on administre à un sujet de l'acide nicotinique par la bouche ou par voie parentérale, il présente de la rougeur du visage, une sensation de chaleur périphérique et un abaissement transitoire de la pression artérielle par vasodilatation périphérique ; cette réaction est semblable à celle de l'histamine ; si on injecte dans le derme une solution du sel sodique de l'acide nicotinique à 1,5 pour 100, ou d'amide de l'acide nicotinique à 5 pour 100, on observe une réaction analogue à celle que produit l'injection d'histamine à 1 pour 100, mais légèrement moins intense, surtout si l'on emploie l'amide. L. a traité un certain nombre de sujets atteints d'arthropathies chroniques par des injections intradermiques d'acide nicotinique; il a constaté que l'acide avait les mêmes effets antalgiques que l'histamine. On ignore comment l'histamine calme les douleurs ; il est probable que l'action comparable de l'histamine et de l'acide nicotinique s'explique par le manque de spécificité de leurs propriétés respectives et que ce sont surtout les réactions vasculaires provoquées dans la région douloureuse qui interviennent.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE (Florence)

Gastaldi. ***Contribution à l'étude des rapports entre la paralysie générale progressive et la sénilité*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **54**, fasc. 2, Septembre-Octobre 1939, p. 177-237). — A l'occasion de 10 observations personnelles qu'il rapporte, G. étudie les rapports entre la paralysie générale et la sénilité au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

La paralysie chez le vieillard a souvent été considérée comme atypique du fait qu'elle se développe sur un cerveau en état d'involution sénile. Cette opinion globale est inexacte, et il y a des cas d'espèce qu'il convient de classer et d'examiner.

Un premier fait sur lequel on doit insister est la longueur de la période d'incubation qui peut tenir, soit à l'infection, soit au terrain. G. discute et n'admet pas la loi de Meggendorfer qui dit que « la moyenne de la période d'incubation est d'autant plus brève, que meilleur est l'état au moment où survient l'infection syphilitique ».

Il convient de signaler les cas, nombreux d'ailleurs, où le tableau clinique de la paralysie générale survenant à un âge avancé ne diffère de la forme classique que par sa longue période de latence. Encore que celle-ci puisse être difficile à préciser, car l'accident primaire passe assez souvent inaperçu.

Pratiquement, l'association d'une syphilis évolutive chez le vieillard pose les deux problèmes suivants : dans certains cas, on se trouve en présence d'une démence sénile typique revêtant, par exemple, le type d'une presbyophrénie qui survient chez un vieillard présentant des réactions humorales positives. Dans ce cas, le diagnostic n'est pas douteux, et la positivité des réactions humorales ne peut laisser qu'un doute passager.

Dans d'autres cas, il s'agit de paralysies générales survenant chez des sujets artérioscléreux, déjà hypertendus, ayant eu de petits ictus, et la discrimination entre une paralysie générale survenant chez un scléreux et un artérioscléreux affaibli étant par ailleurs spécifique, est pour le moins fort malaisé. La question a pourtant une certaine importance au point de vue pronostique et thérapeutique.

Anatomiquement, signalons que la concomitance des lésions paralytiques et de celles du cerveau sénile sont très rares.

H. Schaeffer.

Lionello de Lisi. ***L'intoxication cérébrale chronique par le manganèse*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **59**, fasc. 3, Novembre-Décembre 1939, p. 349-388). — A propos d'une observation clinique personnelle, celle d'un jeune homme de 15 ans qui présenta des accidents après avoir travaillé depuis une année dans une fabrique de piles sèches, L. fait une revue générale sur l'intoxication chronique par le manganèse.

Un état de fatigue générale en est souvent la première manifestation. Puis apparaissent des troubles du tonus du musculaire. L'hypotonie et la passivité ne sont pas rares aux membres supérieurs, alors que l'hypertonie est habituelle aux membres inférieurs. Ce n'est donc pas une hypertonie diffuse, ni constante comme celle de la maladie de Parkinson, ou de la dégénérescence hépato-lenticulaire. Les malades présentent également de la perte des mouvements automatiques, une attitude spéciale dans la marche, la tête et la partie supérieure du buste portées en avant. Des phénomènes d'hypercinésie, spasmes toniques du cou, oscillations lentes de la tête, torticolis spasmodique, ne sont pas exceptionnels. Un tremblement menu à type parkinsonien n'est pas rare. La parole est rare, mal articulée, basse, privée de ses modulations. Les réflexes tendineux sont vifs; les signes pyramidaux, parésie, extension de l'orteil, sont exceptionnels. Le malade de L. présentait des crises où, pendant quelques minutes, il restait figé, incapable de causer et de bouger. Les symptômes végétatifs, sialorrhée, transpirations, cyanose des extrémités, troubles de la libido et du sommeil sont assez fréquents.

Le tableau de l'intoxication manganique est donc celui d'un syndrome extrapyramidal se rapprochant du syndrome parkinsonien, mais s'en distinguant aussi par certains éléments.

H. Schaeffer.

RIVISTA OSPEDALIERA (Rome)

F. Russo (Rome). ***La réaction de Casoni au cours des maladies non échinococciques*** (*Rivista Ospedaliera*, t. **19**, n°s 11-12, Novembre-Décembre 1939, p. 455-473). — R. a pratiqué chez 82 sujets, atteints de diverses affections, l'intradermo-réaction de Casoni et la sous-cuti-réaction de Pontano ; ses résultats s'écartent des données classiques ; ces deux réactions seraient fréquemment positives chez les sujets présentant une maladie dans laquelle on admet un facteur allergique : urticaire, helminthiase intestinale, asthme bronchique, entéro-colite muco-membraneuse, tuberculose, syphilis, etc... ; au cours de la tuberculose pulmonaire, R. a noté une correspondance entre la réactivité de la peau vis-à-vis de la tuberculine et vis-à-vis du liquide hydatique. Chez tous les sujets examinés, la réaction de Ghedini-Weinberg a été négative. La plupart des sujets ayant des réactions hydatiques positives présentaient une formule leucocytaire très riche en lymphocytes ; les uns avaient une forte éosinophilie et les autres une éosinophilie normale. R. pense que la réactivité cutanée vis-à-vis du liquide hydatique des sujets allergiques est une manifestation de parallergie suivant la conception de Brugsch et Sylla; la réaction de Casoni révélerait un état d'hyperergie cutanée d'origine variée ; le liquide hydatique ne serait qu'un allergène aspécifique.

Lucien Rouquès.

THE JAPANESE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Tokio)

K. Manabe (Tokio). ***Sur le virus du lymphogranulome inguinal obtenu par culture de tissu. 1° Culture sur divers organes de souris et recherche de la virulence sur la souris; 2° Sur le développement dans les cellules et la morphologie du virus*** (*The Japanese Journal of experimental Medicine*, t. **17**, n° 4, 20 Août 1939, p. 333-362). — Le virus de la lymphogranulomatose inguinale peut être cultivé sur divers organes de la souris avant ou peu après sa naissance. Il se développe aussi bien dans les cellules épithéliales que dans les fibroblastes. La plupart du temps, il se forme, dans les cellules, une vacuole que remplit le corpuscule du virus. On peut mettre en évidence ces corpuscules à l'état vivant, à l'ultra-microscope ou à l'immersion sur des préparations colorées. Pour la première fois, les corpuscules ont pu être filmés en mouvement.

Que ce soit sur des lames colorées au Giemsa, ou

MUTHIODE

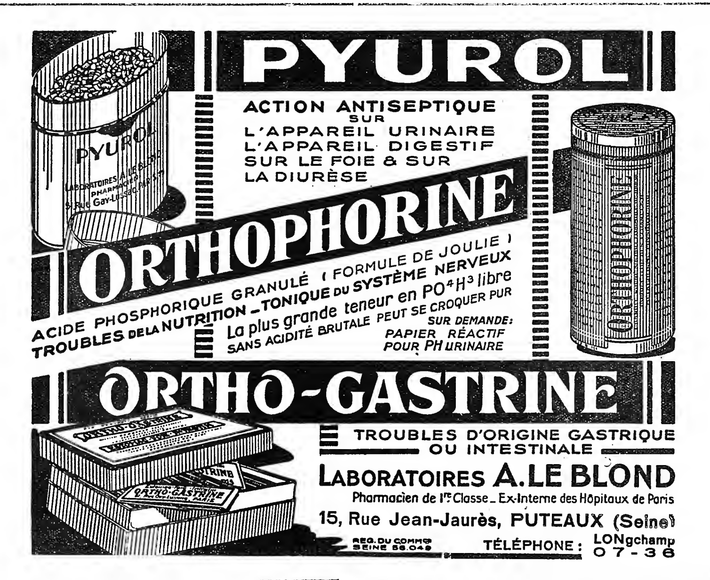
SOLUTION D'IODURE DOUBLE DE BISMUTH ET DE SODIUM

TRAITEMENT

par INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES de la SYPHILIS A TOUTES SES PÉRIODES et des SCLÉROSES PARENCHYMATEUSES ET VASCULAIRES

Ampoules de 2 cc. pour Adultes — En boîtes de 12 ampoules — Ampoules de 1 cc. pour enfants.

Laboratoires LECOQ & FERRAND, 14, rue Aristide-Briand, LEVALLOIS Près Paris





PRODUITS DE LABORATOIRE DE **LA BIOTHÉRAPIE**

ANTIGÈNE TUBERCULEUX A L'ŒUF
DE BESREDKA

ANTIGÈNE DE BORDET
ANTIGÈNE DE KAHN
TOLU ANTIGÈNE | Opacification M.T.R. III / Clarification M.K.R. II

SÉRUMS HÉMOLYTIQUES — SÉRUMS AGGLUTINANTS
ÉMULSIONS MICROBIENNES

MILIEUX DE CULTURE

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens
5, rue Paul-Barruel — PARIS (15e) — Tél. : Vaug. 11-23

à l'état frais, il est possible d'identifier complètement les corpuscules du virus de la lymphogranulomatose inguinale bénigne aux corpuscules de Miyagawa. Les autres granulations, notamment celles de Findley, n'ont pas les mêmes caractéristiques physiologiques ni pathologiques.

Dans les cellules vivantes, les corpuscules se multiplient, pour finalement faire éclater la cellule, s'extérioriser et atteindre une nouvelle cellule vivante.

Si, parfois, on trouve morphologiquement des différences de dimensions dans les corpuscules, cela tient aux groupements de quelques-uns ou de plusieurs corpuscules. On peut les voir ultérieurement se séparer. Parfois, ils se rapprochent et se font face, comme des diplocoques.

Ces recherches de cultures et de morphologie confirment l'identité de corpuscules de Miyagawa et de ceux du virus du lymphogranulome inguinal.

Robert Clément.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

H. J. Kolk (Nimègue). ***Traitement par le chlorate de potasse de la maladie de Heine-Medin*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **84**, n° 5, 3 Février 1940, p. 388-394). — Dans le traitement de la poliomyélite, K. a utilisé la méthode de Contat qui consiste à administrer du chlorate de potasse quotidiennement et *per os* à la dose de 100 *mg./kg.* répartie en 12 doses, jour et nuit, toutes les 2 heures. Dans les cas graves, il est parfois nécessaire de donner la potion toutes les heures pendant les 6 ou 8 premières heures. En outre, le médicament est administré par instillation dans le nez, à la dose de V gouttes dans chaque narine, 4 fois par jour (solution à 0,5 pour 10).

Aucune des observations faites ne permet d'affirmer que $KClO^3$ ait eu un effet très net. Néanmoins, dans un groupe de 29 malades chez lesquels le médicament a été utilisé, en même temps d'ailleurs que le sérum, au début de la phase méningée, on n'a constaté aucun cas de paralysie. D'autre part, 24 cas présentant les mêmes phénomènes méningés qui avaient été soignés au même hôpital avant l'introduction du chlorate de potasse et qui furent traités seulement par le sérum en injection intramusculaire, donnèrent lieu à 2 cas de paralysie.

D'un autre côté, il a été observé, en Hollande, 600 cas de poliomyélite dont 400 ont donné lieu à des paralysies, malgré un traitement par le sérum, déjà au stade méningé ou pré-paralytique. L'appréciation des résultats est naturellement rendue plus difficile par le fait que beaucoup de cas guérissent spontanément.

Les instillations nasales ont pour objet de protéger contre l'infectiosité les contacts. Dans l'ensemble, K. est enclin à admettre que le chlorate de potasse détruit le virus et qu'en somme, il y a quelque chose à attendre de ce médicament qui paraît capable de prévenir, quand il est utilisé à la phase pré-paralytique, l'apparition de la paralysie.

P.-E. Morhardt.

C. G. Vervloet (Rotterdam). ***Alimentation par sonde jéjunale comme traitement de l'ulcère peptique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **84**, n° 6, 10 Février 1940, p. 524-528). — La sonde de Einhorn n'a, le plus souvent, jusqu'ici été utilisée que dans un but diagnostique ou, encore, pour des lavages du duodénum. Cependant, cette méthode mérite de prendre place parmi les procédés de traitements médicaux des ulcères peptiques.

Il a été traité ainsi par V. 26 malades présentant des ulcères peptiques de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum. Il s'agissait de sujets qui présentaient des hémorragies (3 cas); que les cures de régime et de repos n'avaient pas améliorés (13 cas); qui présentaient une récidive post-opératoire (6 cas) dont 4 opérés deux fois; qui ressentaient des douleurs post-opératoires sans qu'on puisse en déceler l'origine (2 cas), etc. Dans 6 cas, la cure ne put pas être poursuivie parce que la sonde n'était pas supportée, parce qu'elle était vomie ou parce qu'elle provoquait des symptômes gênants, etc.

L'introduction de la sonde se fait comme quand il s'agit d'examiner le fonctionnement de la vésicule biliaire. On ne rencontre de difficultés que quand il y a eu gastro-entérostomie antérieure. Dans ce cas, la sonde doit passer par la nouvelle ouverture car si elle s'arrête au niveau du pylore, l'alimentation ne donne pas de bons résultats. Après la mise en place de la sonde, on fait une bouillie de baryum pour voir si elle arrive bien dans la branche descendante du duodénum. Après une intervention de Bilroth I ou II, on ne rencontre pas de difficultés.

Comme régime, on donne 2 à 2 litres 1/2 de lait, 2 à 4 ou même 6 œufs, 125 *g.* de crème, 30 *g.* de sucre, le jus de 4 tomates et celui de 2 oranges, 200 *g.* de bouillon fait avec 30 *g.* de viande. Les aliments doivent être portés à 39° avant d'être administrés. Quand le diagnostic a été exact, les douleurs disparaissent presque immédiatement. Quand il s'agit d'adhérences douloureuses, le résultat n'est jamais persistant. Les douleurs qui surviennent parfois dans la gorge, du fait de la sonde, peuvent être combattues par application d'anesthésine dissoute dans l'huile. La cure a des effets remarquables aussi bien subjectifs qu'objectifs.

P.-E. Morhardt.

J. Veen (Amsterdam). ***Anesthésie du plexus brachial*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **84**, n° 7, 17 Février 1940, p. 598-604). — Kulenkampff a publié, en 1911, une méthode permettant d'anesthésier le plexus brachial, méthode qui ne semble pas s'être répandue, car elle n'a fait l'objet, depuis lors, en Hollande notamment, que d'une seule publication. D'ailleurs, on a signalé un certain nombre d'inconvénients : douleurs dans le bras, dyspnée, cyanose, emphysème sous-cutané, pneumothorax, etc., évidemment dus à une lésion de la plèvre. Pour éviter ces inconvénients, on a proposé diverses méthodes.

Les unes sont supra-claviculaires comme celle de Kulenkampff, qui enfonce l'aiguille au-dessus de la clavicule et au milieu dans la direction des apophyses épineuses D II et D IV. Arrivé à une profondeur de 0,5 à 3 *cm.*, et avant d'arriver à la 1re côte, il atteint le plexus, ce qui est rendu manifeste par les paresthésies ressenties par le malade. Il injecte alors 20 cm^3 d'une solution à 2 pour 100 de novocaïne-adrénaline : 10 à 20 minutes plus tard, le bras est devenu à peu près complètement insensible et paralysé. D'après Persky, cette méthode serait pratiquement dépourvue de danger. Mullet et Hilarowitz ont proposé également à cette méthode des modifications qui ont pour avantage d'atteindre le plexus dans une région plus centrale, plus paravertébrale.

Parmi les méthodes infraclaviculaires, figure celle de Babitzky, qui enfonce l'aiguille au-dessous de la clavicule, dans la direction de la 2e côte. Enfin, il existe des méthodes axillaires, décrites par Hirschel et par Capelle.

Mais, d'après V., la méthode de Kulenkampff est la méthode de choix. Elle a, en particulier, l'avantage d'éviter de léser la plèvre. On atteint le plexus immédiatement si la direction de l'aiguille est bonne. Si on arrive sur la 1re côte, c'est qu'on a dépassé le plexus, et alors, en modifiant très légèrement la direction de l'aiguille, on arrive à trouver ce dernier. Cette recherche exige d'ailleurs de la patience de la part du malade et du médecin.

Pour arriver à un résultat satisfaisant, il faut que le malade soit bien renseigné sur les sensations qu'il doit éprouver, qu'il doit annoncer sans bouger et qui intéressent surtout la région du médian (pulpe du doigt) ou, quand l'aiguille arrive plus profondément, celle du radial (pouce). Si on atteint le cubital (petit doigt), ce qui est rare, c'est qu'on est trop en avant et en dedans et qu'on risque d'atteindre la plèvre. Si on atteint une artère importante, comme la sous-clavière, on s'en aperçoit à ce que des gouttes de sang commencent à sourdre autour de l'aiguille, qu'il faut alors retirer un peu. On n'a rien à craindre des conséquences de cet incident. La veine sous-clavière est trop en avant pour être lésée.

V. a employé cette méthode dans 35 cas, dont 4 fractures, 1 arthrotomie du coude, 7 ostéomyélites, 2 amputations, 2 cas de maladie de Dupuytren, etc., avec des résultats satisfaisants, et il semble que cette méthode mérite d'être utilisée plus qu'elle ne l'est.

P.-E. Morhardt.

C. L. C. Van Nieuwenhuizen (Utrecht). ***A propos du « pouls rapide ». Constatations cliniques, étiologie et pathogénèse*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **84**, n° 7, 17 Février 1940, p. 614-622). — N. a observé 10 sujets dont 9 femmes présentant une affection caractérisée d'abord par de la dyspnée et des palpitations de cœur survenant après un effort physique modéré et qui se rapproche du « cœur irritable » des Anglais, du « cœur des soldats » des Américains et de la « névrose tachycardique » des Français observés pendant la dernière guerre. Souvent, ces phénomènes apparaissent après des chagrins ou des soucis et il n'est pas impossible qu'une constitution déterminée soit en jeu. Il s'agit de sujets, âgés de 12 à 58 ans, chez lesquels l'examen montre d'abord que le pouls qui dépasse 120 par minute est très régulier, sauf quelques extrasystoles. La respiration, elle aussi, est accélérée. La pression du sang est presque toujours trop élevée. Un goitre n'a été constaté que dans 3 cas et l'examen physique du cœur n'a rien révélé d'anormal. L'électrocardiogramme montre qu'il s'agit d'une tachycardie sinusale. Le métabolisme de base a été parfois légèrement augmenté et la vitesse de la circulation du sang a été accélérée 6 fois.

Au point de vue étiologie, on doit, comme il a été déjà noté, admettre un trouble dans l'appareil régulateur nerveux et tout fait penser à une hypersympathicotonie plus qu'à un affaiblissement du tonus du vague. Chez ces malades, en effet, une injection d'atropine a la même action que chez les sujets sains. Dans l'hyperthyroïdie, d'autres symptômes caractéristiques se manifestent et, de plus, alors que la thyroïdectomie est efficace dans la maladie de Basedow, cette opération n'a eu aucun résultat pour 3 malades de N. chez lesquels on l'avait pratiquée.

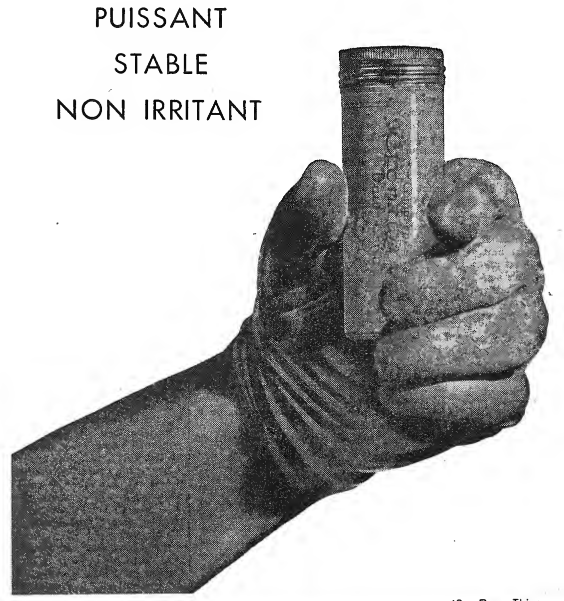
Au point de vue thérapeutique, c'est une erreur que de traiter le cœur et d'administrer des tonicardiaques. L'iode est sans influence. Pour freiner le sympathique, N. a eu recours, avec succès, au tartrate d'ergotamine (gynergène) à la dose de 3 *mg.* trois fois par jour, de préférence *per os*. Dans 3 cas, on a pu constater que ces injections font, en 10 à 15 minutes, tomber la fréquence du pouls à 80 environ et baisser la maxima, sans modifier la minima. On doit d'ailleurs veiller aux paresthésies et aux troubles gastriques que ce médicament peut provoquer à la longue.

P.-E. Morhardt.

HELVETICA MEDICA ACTA (Bâle)

Zur Verth. ***Questions d'amputation*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **6**, n° 6, Mars 1940, p. 845-852). — Après avoir rappelé, notamment, un chirurgien d'armée, d'origine suisse, Johan Ulrich von Bilguer, qui joua un rôle important pendant la guerre de Sept ans, et qui fut l'auteur d'un travail très répandu à cette époque sur les amputations et sur les méthodes conservatrices, Z. V. montre que les statistiques apportées par la guerre mondiale sont susceptibles de critiques, car, d'après elles, les

ANTISEPTIQUE ORGANIQUE CHLORÉ



42, Rue Thiers — LE HAVRE

CLONAZONE
DAUFRESNE

O.V.P.

plaies pénétrantes de la cuisse observées alors auraient été moins souvent suivies de mort que les plaies du même genre observées pendant la paix, à la clinique de Zurich.

En ce qui concerne le membre supérieur, il n'exige jamais d'amputation secondaire, tandis que le membre inférieur en exige parfois, de sorte que, étant donné son importance au point de vue usage, le membre supérieur ne doit jamais être l'objet d'une amputation primitive.

Au point de vue de la technique, une amputation à lambeau doit toujours être préférée. Il faut d'ailleurs, pour cela, que le lambeau s'applique convenablement à la plaie d'amputation. Mais, si elle peut être antérieure au bras, elle ne doit pas être postérieure à la jambe, car alors, elle guérit mal et une nouvelle amputation est souvent necessaire. La surface osseuse doit être recouverte par un petit lambeau périosté. On doit toujours éviter que le tronc des nerfs se confonde avec la cicatrice générale.

Malgré toute l'ingéniosité dépensée pour créer des modèles de prothèse, ceux-ci ont fini bien souvent par être délaissés.

L'atrophie du moignon qui résulte de la suppression des fonctions normales est surtout visible au niveau des os et souvent jusqu'à l'article central et même à la ceinture scapulaire ou pelvienne. Les troubles circulatoires (œdème, eczéma et ulcérations) sont particulièrement gênants au niveau de la jambe. La folliculite kératosique, qui agit un peu comme un petit caillou dans la chaussure, peut également être fort douloureuse. Des ostéophytes peuvent compliquer ces phénomènes et donner lieu à des granulomes à cellules géantes et entraîner des suppurations interminables.

P.-E. Morhardt.

PRAXIS
(Berne et Lausanne)

Hans Stalder. ***Existe-t-il une incapacité de mastiquer dans les affections gastro-duodénales?*** (*Praxis*, t. **29**, n° 14, 4 Avril 1940, p. 207-208). — Il a été procédé à une enquête, dans une unité militaire, sur le rapport entre la capacité de mastication et les affections gastriques. La capacité de mastication a été répartie en 4 groupes. Dans le 1er groupe, elle était bonne (denture complète, avec, au plus, 4 extractions de prémolaires ou de molaires, et articulé presque parfait). Dans le 4e groupe, elle était mauvaise (prémolaires manquant complètement ou en partie et molaires disparues ; les prothèses existantes étant mauvaises et l'état de la bouche défectueux). Les groupes 2 (suffisant) et 3 (défectueux) étaient intermédiaires. Il a été possible, ainsi, de constater que, sur 100 recrues, 56 pour 100 appartiennent au 1er groupe, 16 pour 100 au 2e, 7 pour 100 au 3e et 21 pour 100 au 4e.

Or, sur 150 patients atteints d'affections gastro-intestinales, 25 pour 100 seulement appartenaient au groupe 1. C'est parmi les cas de gastrite chronique anacide ou hypoacide qu'on constate la plus forte proportion d'insuffisance du pouvoir de mastication, soit 74 pour 100 appartenant aux groupes 3 et 4. Par contre, les sujets qui présentent les affections gastro-duodénales s'accompagnant d'hyperacidité, ont, en général, une denture bonne ou très bonne.

P.-E. Morhardt.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne)

M. Ehinger (Chavornay) et **G. C. Savoy** (Lausanne). ***Action de la lipase hépatique sur les déficiences organiques*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **60**, n° 3, 10 Mars 1940, p. 129-145). — On a administré, tantôt par la bouche, tantôt en injections intramusculaires, une préparation à base de lipase hépatique extraite, au moyen de dissolvants spéciaux, du foie de porcs soumis à un engraissement forcé.

Sur 70 malades soumis à ce traitement, on a pu constater une action sur le métabolisme des graisses se manifestant par une meilleure utilisation des substances grasses alimentaires et un accroissement presque constant de poids. L'appétit est stimulé, l'état général et l'état de la nutrition s'améliorent, spécialement l'asthénie.

La lipase hépatique s'est révélée efficace aux âges les plus divers, mais les enfants et les vieillards s'y sont montrés particulièrement sensibles.

Le plus souvent, il s'agissait d'enfants presque normaux, mais le médicament a été donné aussi à des enfants débiles, à des convalescents, à des anémies légères. L'action favorable a été particulièrement évidente au cours des affections hépatobiliaires.

Chez les tuberculeux et les psychopathes à l'état général déficient, il est plus difficile de juger l'action thérapeutique.

Le plus souvent, 5 cm^3 d'extrait lipasique absorbés par la bouche suffisent à provoquer l'action tonique souhaitée. Il est exceptionnel que la médication ne soit pas acceptée par le malade. Les associations lipase-huile de foie de morue et lipase-vitamines C et D ont paru excellentes. La forme injectable est réservée pour les cas graves ou lorsqu'il faut agir rapidement. Elle a été rendue pratiquement indolore par voie intramusculaire.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Miklos Julesz et **Erzsébet Winkler** (Budapest). ***Considérations sur le mode d'action du régime cétogène*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **69**, n° 36, 9 Septembre 1939, p. 807-810). — Indépendamment de Peshkin et Fineman, J. et W. ont eu recours à la diète cétogène dans le traitement de 22 asthmatiques et de 4 autres malades atteints d'affections allergiques. Une amélioration importante a été obtenue dans la moitié de ces cas et une amélioration moindre dans 22,7 pour 100 des cas restants.

On a eu recours à ce traitement parce que la crise d'asthme paraît représenter une alcalose. Ces résultats ont été obtenus sans que le régime ait fait apparaître de la cétose et, par ailleurs, l'acidification de l'organisme ne suffit pas pour faire disparaître les crises d'asthme. Chez les asthmatiques, il y a parfois de l'oligurie qui ne disparaît pas appréciablement sous l'influence du régime cétogène et l'administration abondante de liquide n'aggrave pas l'état des choses. En somme, le régime cétogène n'agit ni par acidification, ni par déshydratation.

L'équilibre acide-base de l'organisme n'est pas réglé exclusivement par le bicarbonate. L'ammoniaque intervient également. J. et W. ont donc été amenés à rechercher si l'asthme ne devait pas être considéré comme une dysrégulation des échanges d'ammoniaque. L'élimination urinaire de l'ammoniaque est, chez les asthmatiques, assez voisine de ce qu'elle est chez les sujets sains. Par contre, il existe une différence à ce point de vue, en ce sens que sous l'influence du régime cétogène l'excrétion d'ammoniaque qui n'augmente que de 45 à 50 pour 100 chez les sujets normaux, s'élève chez les asthmatiques de près de 100 pour 100, surtout si on fait prendre en même temps de l'acide sulfurique. Mais ce phénomène ne s'observe pas dans tous les cas, de sorte qu'on peut répartir les asthmatiques en 4 groupes, suivant que l'élimination de l'ammoniaque augmente ou non sous l'influence du régime cétogène et suivant que le régime ordinaire la laisse normale ou l'augmente.

Le régime cétogène s'est montré efficace toutes les fois qu'il augmente l'excrétion de l'ammoniaque.

P.-E. Morhardt.

Rudolph Reitler. ***Thérapeutique non spécifique des maladies allergiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **70**, n° 4, 27 Janvier 1940, p. 72-77). — R. a établi antérieurement que l'acétylcholine, le principe actif du système parasympathique et l'histamine, diminuent la dispersion des protéines du sérum et favorisent ainsi la précipitation spécifique d'anti-sérums par l'antigène correspondant. On est amené à rapprocher ce fait du caractère vagotonique si marqué présenté par les symptômes allergiques et à considérer les manifestations allergiques comme une hyperfonction du système nerveux parasympathique accentuées par l'histamine, tandis qu'elles sont inhibées par l'ésérine, ainsi que par une série de substances diverses (atropine, coniine, cocaïne, papavérine, quinine, urotropine, pilocarpine, trypaflavine, bleu de méthylène, salicylate d'ésérine, etc...).

On arrive ainsi à prévenir plus ou moins complètement le phénomène d'Arthus par des doses qui s'élèvent, par kilogramme d'animal, à 0,2 γ d'ésérine, à 0,6 γ de rivanol et 10 γ de bleu de méthylène. R. a été ainsi conduit à recourir, dans le traitement des affections allergiques, au salicylate d'ésérine à 0,003 pour 100 en injection, tous les deux jours, alternant avec un mélange de 0,003 pour 100 de bleu de méthylène et de 0.10 pour 100 de chlorhydrate de quinine, deux fois par jour. Un traitement prolongé avec l'association ésérine-bleu de méthylène-quinine agit favorablement, même dans des cas invétérés.

L'administration d'histaminase pour agir sur la formation d'histamine, ou de doses croissantes d'histamine, a des résultats améliorés par l'association ésérine-bleu de méthylène-quinine.

Cette méthode complexe a donné des résultats dans les cas de colite, de rhinite, d'urticaire, mais plus exceptionnellement dans l'asthme.

A cette thérapeutique, R. a encore ajouté les injections d'huile soufrée à 1 pour 100, à des doses croissantes allant de 0,5 à 2 cm^3 en vue de réaliser une thérapeutique irritative non spécifique, qui donne souvent des résultats en mobilisant les anticorps cellulaires qui disparaissent au profit des anticorps libres.

P.-E. Morhardt.

Josef Szabo (Nitra). ***Le traitement par excitation histaminique de l'anacidité fonctionnelle dans les psychoses aiguës avec dyspepsies nerveuses*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **70**, n° 6, 10 Février 1940, p. 122-123). — Divers auteurs (W. Lemberger, Kalk) ont, dans un but thérapeutique, extrait de l'estomac, le suc gastrique sécrété sous l'influence d'une injection d'histamine. D'un autre côté, un traitement à l'histamine stimule l'appétit et, en même temps, la régénération du sang. C'est ce qui a amené S. a utiliser les injections d'histamine dans une vingtaine de cas où il y avait céphalées, aménorrhées, anorexie, dyspepsie nerveuse et dépression.

D'un autre côté, on constate chez 30 à 40 pour 100 des sujets qui entrent dans un asile pour psychose aiguë, de l'hypoacidité ou de l'anacidité. Les cas de ce genre ont été traités par S. au moyen d'injections d'histamine en même temps que par un régime capable d'exciter la sécrétion de l'estomac (bouillon, viande, thé, café, etc.). Dans ces divers cas, ce traitement a donné des résultats satisfaisants. Une amélioration du chimisme gastrique a fait disparaître les troubles mentaux.

P.-E. Morhardt.

LABORATOIRES CORBIÈRE 27, RUE DESRENAUDES · PARIS ·



NE CONTIENT AUCUN STUPÉFIANT *Échantillons sur demande*

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

P. Chavigny. ***Pédagogie générale : les changements de clavier*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **97**, t. **2**, n° 2, Juillet 1939, p. 157-178). — C. analyse l'expérience psychologique courante du changement de machine par une dactylographe : le clavier dit universel subit, en effet, de légères interversions d'une machine à l'autre, et de nombreuses dactylographes travaillent, dans une journée, sur plusieurs machines différentes.

L'aisance de ces permutations montre bien que les images motrices, correspondant à chaque clavier utilisé, sont tout à fait indépendantes.

L'on observe des *changements de clavier*, tout aussi indépendants entre eux, chez les mécaniciens qui conduisent indifféremment diverses automobiles, les musiciens exécutants qui transposent, et les *polyglottes*.

Ces derniers ne procèdent jamais par traduction à partir de leur langue maternelle, mais ils possèdent un clavier de chaque idiome, qu'ils utilisent sans jamais se rapporter à aucun autre.

Du point de vue pédagogique pour l'enseignement des langues étrangères. la méthode des thèmes apparaît ainsi contraire à l'expérience et vouée à la stérilité.

G. d'Heucqueville.

G. Heuyer. ***A propos de la Loi de 1838 et de son projet de révision*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **97**, t. **2**, n° 2, Juillet 1939, p. 179-200). — A l'occasion du centenaire, célébré naguère, de la loi française de 1838 sur les aliénés, les éloges l'ont emporté de loin sur les critiques : il ne faudrait pas en induire que les psychiatres français soient favorables, dans leur unanimité, à son maintien.

Selon H., la loi de 1838 est plus administrative que vraiment médicale : elle tend davantage à prévenir les séquestrations arbitraires qu'à assurer le traitement des psychopathes; or, la séquestration arbitraire est un mythe.

La loi de 1838 n'avait évidemment prévu aucun des progrès que la médecine mentale a accomplis dans le siècle, alors que des législations étrangères plus jeunes en ont tenu compte.

Le projet de révision officiel ne se soucie guère de moderniser la loi dans ce sens : il réduit les possibilités de traitement dans les services de psychiatrie aiguë des hôpitaux généraux; il rassemble, d'autre part, autour de l'hôpital psychiatrique fermé, les services ouverts et même les consultations externes.

G. d'Heucqueville.

X. Abely. ***Capacité civile et valeur des actes des aliénés internés*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **98**, t. **1**, n° 1, Janvier 1940, p. 1-23 et n° 2, Février 1940, p. 105-236). — Dans le droit français du Code civil, complété par les dispositions de la loi de 1838, la situation juridique de l'aliéné interné non interdit est intermédiaire entre celle du psychopathe non interdit en liberté et celle de l'interdit.

L'acte du psychopathe non interdit en liberté peut être annulé dans les conditions du droit commun, si le psychopathe lésé apporte la preuve que son acte résulte directement d'un désordre mental constaté au moment même.

L'acte de l'interdit est nul de plein droit s'il a été accompli après le jugement d'interdiction.

L'acte de l'aliéné interné non interdit, assimilable à l'acte du psychopathe en liberté en instance d'interdiction, est nul, à moins qu'il n'ait été accompli au cours d'un intervalle lucide.

Cette analyse médico-légale s'applique aux actes accomplis par des malades pendant leur séjour à l'hôpital psychiatrique, mariage par exemple, sur la valeur desquels le médecin doit éviter de prendre position avant d'avoir été consulté par le tribunal.

G. d'Heucqueville.

P. Chatagnon. ***Introduction à l'étude pathogénique de la démence précoce (le facteur d'involution précoce lié à l'hérédité ; la démence précoce problème biochimique)*** [*Annales Médico-psychologiques*, an. **98**, t. **1**, n° 2, Février 1940, p. 166-169]. — C. expose le schéma d'une pathogénie nouvelle de la démence précoce : la maladie traduirait une sénescence précoce des éléments cérébraux nobles.

Ceux-ci présenteraient une fragilité particulière, de nature constitutionnelle et héréditaire, qui expliquerait la déficience de certaines synthèses biochimiques.

La tuberculose serait plus souvent la conséquence que la cause de ces troubles.

Parmi les causes déterminantes de la maladie, figureraient les infections, les intoxications, les carences, les traumatismes, le surmenage intellectuel ou affectif.

Au cours de la discussion de cette communication, sont rappelés les travaux sur l'hyperlipoïdose et la production d'histamine dans les centres nerveux.

G. d'Heucqueville.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

James F. Brailsford. ***Le diagnostic et le traitement par les rayons X de la gangrène gazeuse*** (*British medical journal*, n° 4138, 17 Février 1940, p. 247-249). — Le succès du traitement de la gangrène gazeuse dépend de la précocité du diagnostic. Il est possible par la radiographie de faire ce diagnostic avant l'apparition de la crépitation gazeuse. En effet la présence de bulles gazeuses sur les clichés est un signe certain de gangrène. Elles peuvent parfois faire soupçonner les débris vestimentaires ou autres corps étrangers qui ne sont pas opaques aux rayons X. Mais ces bulles peuvent siéger à distance du lieu de la blessure, de sorte qu'il est difficile de se guider sur elles pour déterminer l'extension de l'infection et la hauteur de l'intervention.

Enfin, dans les cas de gangrène suraiguë, la radiothérapie donnerait de bons résultats sans négliger pour cela les autres moyens thérapeutiques, mais de nouvelles recherches doivent être faites à ce sujet.

André Plichet.

F. Ronald Edwards, J. Kay et **T. B. Davie.** ***Préparation et usage du plasma sec pour transfusion*** (*British medical journal*, n° 4131, 9 Mars 1940, p. 377-381). — Le plasma sec est d'une grande utilité en temps de guerre à cause de la facilité avec laquelle on peut l'obtenir, de son peu de cherté et de sa conservation indéfinie à la température ambiante.

Le plasma sec se présente sous la forme d'une poudre jaune pâle ou de couleur orange s'il contient un peu d'hémoglobine. Pour retrouver le plasma liquide, on dissout 20 *g.* de cette poudre dans 250 cm^3 d'eau distillée, on a ainsi en protéine la valeur de 57 cm^3 de sang. On peut encore dissoudre 20 *g.* de plasma sec dans 500 cm^3 d'une solution à 5 pour 100 de glucose.

Le plasma reconstitué ne peut être distingué du produit original. Les quantités de fibrinogène, de globuline et d'albumine sont identiques et il n'apparaît aucune modification chimique des albumines. La valeur en protéine de ce plasma semble devoir rester fixe pendant de longs mois.

Il constitue donc un excellent moyen, surtout en temps de guerre, pour lutter contre le shock, contre la déshydratation des brûlés et dans les cas de ces néphrites où la valeur du plasma est considérablement abaissée.

Le sang idéal pour faire du plasma sec appartient au groupe AB. Ce plasma de groupe AB peut être préparé artificiellement en mélangeant des sangs de groupe A et de groupe B. Le sang du groupe O (groupe 4) ne peut servir à cet usage.

En général, il ne faut guère injecter plus de 500 *g.* de plasma sauf pour le plasma de groupe AB pour lequel on n'a jamais remarqué d'accidents avec de fortes quantités.

André Plichet.

L. R. Broster. ***Le diagnostic différentiel du syndrome de Cushing de l'hypophyse et celui d'origine surrénale*** (*British medical journal*, n° 4132, 16 Mars 1940, p. 425-428). — Le syndrome clinique décrit par Cushing en 1932 et qui se caractérise chez la femme, par un hirsutisme de type mâle, par l'aménorrhée, pour les deux sexes par une obésité rapide, une diminution des organes sexuels et de la libido, par une diminution de tolérance pour le sucre avec ou sans glycémie, par une pression artérielle élevée, par de l'érythrocythémie, par de la cholestérolémie et par des vergetures au niveau des flancs, a été attribué par B. à un adénome basophile de la pituitaire.

A la même époque, Broster, Gardinel-Hill et Greenfield ont attribué ce syndrome à une hyperplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic étiologique de ce syndrome reste difficile. Dans les deux cas, le début est le même par irrégularité des règles chez la femme et développement d'une pilosité anormale. Dans l'adénome de la pituitaire, l'obésité serait peut-être plus rapide, plus précoce et plus importante. En dehors de ces petites différences, le tableau clinique est le même. Il faut donc recourir à des examens de laboratoire. Parmi ceux-ci, la recherche des substances androgéniques dans les urines est précieuse. Une augmentation de l'androgène est en faveur de l'hyperplasie surrénale.

André Plichet.

Yi-Chang Chao, Storer Humpheys et **Wilder Penfield.** ***Une nouvelle méthode de prévention des adhérences. L'usage de l'amnioplastine dans les craniectomies*** (*British medical journal*, n° 4134, 30 Mars 1940, p. 517-519). — L'épilepsie consécutive à des blessures du crâne, survenant

LES LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS
PRÉSENTENT AU CORPS MÉDICAL

Une Nouvelle Thérapie Antinévritique

Naiodine + Vitamine B1

NAIODINE
SURACTIVÉE
LOGEAIS

AMPOULES A : 10 cc.
INTRAMUSCULAIRES
Vitamine B1 : 2 milligrammes

1 à 3 ampoules par jour

AMPOULES B : 10 cc.
INTRAVEINEUSES
Vitamine B1 : 1 centigramme

1 à 2 ampoules par jour

TOUTES NÉVRITES, POLYNÉVRITES, ALGIES, ZONAS ET EN GÉNÉRAL TOUTES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL OU PÉRIPHÉRIQUE D'ORIGINE INFECTIEUSE OU TOXIQUE, RHUMATISMES INFECTIEUX

ISSY-LES MOULINEAUX — PARIS
MICHELET 07-50 et 51

O. V. P.

même dix ou quinze ans après la blessure est fréquente. Wagstaffe donne les chiffres suivants : 1,6 pour 100 quand la dure-mère n'est pas atteinte, 18,7 pour 100 quand les méninges ont été ouvertes. Steinthal et Nagel donnent un pourcentage plus important. Pour eux 64,4 pour 100 des blessés du crâne deviennent épileptiques.

Cette épilepsie est due aux adhérences cicatricielles des méninges. Pour réparer la brèche crânienne et reformer la continuité des méninges, divers matériaux ont été employés (plaque d'argent, de nickel, de cellophane, de mica, fascia lata, catgut aplati). Tous donnent des réactions cellulaires des tissus sous-jacents qui engendrent des adhérences.

L'amnios est la membrane de choix. Elle ne produit pas de réaction, elle peut se conserver.

Après lavage des membranes provenant du délivre, on sépare l'amnios du chorion et on place cette membrane dans l'alcool à 70°. On l'étend sur une plaque de verre lubrifiée avec de l'huile de vaseline. On la conserve, soit dans l'alcool à 70°, soit dans du sérum physiologique après stérilisation à l'autoclave ou par ébullition.

Placée convenablement, cette membrane sert en somme de guide à la régénération de la pie-mère et de la dure-mère et permet la formation à nouveau de l'espace subdural. Elle ne reste pas comme un corps étranger mais disparaît au trentième jour.

Cette méthode plastique peut être utilisée également pour prévenir les adhérences péritonéales, pour la réfection des articulations pour la suture des tendons et des nerfs. André Plichet.

H. Muir Evans. ***De quelques modifications saisonnières de l'hypophyse chez l'anguille*** (*British medical journal*, n° 4135, 6 Avril 1940, p. 515-517). — Avant leur migration vers l'Atlantique, on observe chez les anguilles un certain nombre de modifications dans leur couleur, dans la forme de l'œil qui est atteint d'exophtalmie, dans les organes sexuels qui deviennent adultes.

Toutes ces modifications sont dues à un développement de l'hypophyse qui commence à augmenter de volume deux mois avant la migration. Hogben et ses collaborateurs ont montré que le changement de coloration de la peau chez les amphibies était sous la dépendance du lobe postérieur de l'hypophyse qui contient un stimulant spécifique augmentant la sécrétion des mélanophores. D'autre part le lobe antérieur de l'hypophyse contient une hormone thyréotropique et une hormone gonadotropique.

Chez l'homme, certaines modifications de l'hypophyse produisent le gigantisme chez l'enfant, l'acromégalie chez l'adulte. il est intéressant de rapprocher ces faits de ce qui se passe chez les anguilles. En effet lorsque les anguilles restent prisonnières dans un lac, leur coloration change, leurs organes génitaux s'atrophient et elles augmentent de taille. Il semble que leur hormone gonadotropique ait été remplacée par une hormone de croissance. André Plichet.

C. B. Downmann, J. O. Olivier et **I. M. Young.** ***La répartition du potassium dans le sang conservé*** (*British medical journal*, n° 4135, 6 Avril 1940, p. 559-561). — L'usage important que l'on peut être amené à faire du sang conservé appelle de nouvelles recherches sur la stabilité des globules rouges et du plasma.

On connaît maintenant la toxicité des sels de potassium et leur action sur le système cardio-vasculaire, les modifications de la teneur en potassium du sang conservé sont donc intéressantes à étudier.

Dans le sang conservé à l'aide de la solution anticoagulante suivante : 360 cm^3 de sang pour 180 d'une solution contenant 1,05 pour 100 de citrate de soude et 0,85 pour 100 de NaCl, la concentration du potassium plasmatique s'élève rapidement pendant la première semaine pour atteindre 5 à 10 fois le dosage de départ. Dans les jours suivants, l'augmentation est plus lente.

Ce potassium provient des globules rouges, mais sa quantité n'est pas en rapport avec l'hémolyse.

Dans le sang conservé à la température du laboratoire, le potassium plasmatique s'élève moins rapidement que dans le sang tenu à 38°.

La réduction du volume de la solution anticoagulante, la conservation du sang sous pression d'oxygène ne diminuent pas cette augmentation du potassium plasmatique. André Plichet.

V. Korenchewsky et **M. A. Ross.** ***Les reins et les hormones sexuelles*** (*British medical journal*, n° 4137, 20 Avril 1940, p. 645-649). — La castration chez les mâles et non chez les femelles produit une diminution du poids des reins. Chez les rats femelles normales ou ovoriotomisées, chez les mâles castrés, les hormones mâles (androstérone et esters de testostérone) produisent une véritable hypertrophie des reins. Ces hormones jouent donc un rôle néphrotrophique.

Chez les femelles normales, le testostérone n'a pas d'action nuisible sur les reins, mais aurait au contraire, une action heureuse. D'autre part, l'œstrogène produit facilement à certaines doses des modifications kystiques sur les reins à la limite des zones corticales et médullaires.

Autant qu'il est permis de conclure du rat à l'homme, on peut dire que l'androstérone possédant ces propriétés néphrotrophiques, peut être d'un secours dans certaines maladies rénales chez l'homme, quand on veut exercer un effet stimulant sur les reins. Chez la femme atteinte d'une maladie rénale, l'administration à doses importantes d'œstrogène ou pendant une période prolongée, augmente au contraire les modifications pathologiques des reins. André Plichet.

John F. Warin. ***La réaction de Shick de l'immunisation active comparée à celle qui suit la diphtérie*** (*British medical journal*, n° 4137, 20 Avril 1940, p. 655-656). — Pour W., l'immunité serait trois fois moins grande chez les enfants qui ont eu une diphtérie, que chez ceux qui ont subi une immunité active. Doit-on conclure que l'immunisation active contre la diphtérie est meilleure que celle produite par la maladie ? Cette déduction n'est pas évidente, car le test de Shick ne donne pas la preuve absolue de l'immunité contre la diphtérie. Il semble maintenant prouvé que c'est la capacité des tissus de produire l'antitoxine qui est la véritable preuve de cette immunité et non pas la quanité d'antitoxine circulante dans le sang. Ainsi un sujet qui a peu d'antitoxine circulant dans le sang et par conséquent un Shick positif peut être en état de plus grande immunisation qu'un sujet à Shick négatif dont les tissus ne fabriquent pas d'antitoxine. Ce que l'on est en droit de conclure, c'est que l'immunité artificielle est au moins aussi bonne que celle produite par une atteinte de diphtérie.

Une explication peut être donnée à cette contradiction apparente : on sait qu'une dose élevée mais unique d'antigène donne une immunité moins solide que des doses plus petites mais espacées d'antigène. L'enfant qui a eu la diphtérie est semblable à celui qui a reçu une seule grande dose d'antigène. André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

L. O'Shaughnessy. ***La future chirurgie cardiaque*** (*The Lancet*, n° 6062, 4 Novembre 1939, p. 969-971). — La difficulté initiale pour la chirurgie du cœur est d'avoir un champ opératoire non sanglant. On y arrive en arrêtant la circulation des deux veines caves à l'aide de deux clamps. Cette méthode est préférable à celle qui consistait à arrêter la circulation de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Mais l'écueil est l'ischémie du cerveau qu'on ne peut prolonger. Chez les animaux on peut arrêter la circulation cérébrale pendant un certain temps. O. estime ce temps à 30 secondes. Chez l'homme il est probable que ce temps est encore plus court. Il est donc impossible d'opérer dans ces conditions.

Expérimentalement, O. a essayé de tourner la difficulté en instituant une circulation artificielle par la carotide gauche à l'aide d'une solution d'hémoglobine oxygénée. Il a pu ainsi pratiquer chez un chien et un chat, avec survie de ces animaux, des opérations sur le cœur ayant duré dix minutes. André Plichet.

W. D. Leischman. ***L'infection à colibacilles des voies urinaires*** (*The Lancet*, n° 6062, 4 novembre 1939, p. 970-973). — Même chez les sujets en bonne santé, on peut trouver une bacillurie transitoire. L., chez 50 hommes, en a trouvé 3 cas, chez 50 femmes, 5 cas sans pus dans les urines. Mais il est évident que cette bacillurie intermittente et passagère sans symptômes cliniques peut à l'occasion d'un fléchissement de la résistance de l'organisme se changer en une infection véritable des voies urinaires.

La constipation et l'usage des laxatifs n'entraînent pas fatalement la colibacillurie. Sur 176 cas, on a trouvé 11 fois la présence de colibacille, soit 6,6 pour 100, pourcentage égal à celui trouvé chez les sujets en bonne santé.

Par contre, chez les femmes atteintes de diarrhée persistante, la proportion est beaucoup plus élevée (19 cas de colibacillurie sur 36 sujets). Chez l'homme la diarrhée ne semble pas engendrer la colibacillurie. Pour L., cette différence aurait une cause anatomique et serait due chez la femme à la contamination périanale de l'orifice uréthral. André Plichet.

Joséphine Barnes. ***Le pneumopéritoine artificiel dans la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes*** (*The Lancet*, n° 6062, 4 Novembre 1939, p. 976-977). — Les poussées évolutives de tuberculose chez les femmes après l'accouchement ne semblent être dues ni à l'anesthésie, ni à l'hémorragie obstétricale. Il semble qu'elle soit en rapport avec la décompression brusque du thorax provoquée par l'abaissement du diaphragme consécutif à l'évacuation de l'utérus.

Le pneumothorax, dans la tuberculose des femmes enceintes, est la méthode de choix pour empêcher cette explosion. Mais dans les cas où celui-ci est impraticable, le pneumopéritoine pratiqué immédiatement après l'accouchement, car on peut y penser pendant la grossesse, peut être envisagé. C'est ce qu'il ressort de l'observation rapportée par B. qui a pu dans un tel cas enrayer une tuberculose rapidement évolutive par un pneumopéritoine. André Plichet.

A. T. Fuller et **G. V. James.** ***Les doses de sulfamide dans la prévention de l'infection des blessures*** (*The Lancet*, n° 6081, 16 Mars 1940, p. 487-490). — Les principes qui doivent diriger cette prévention sont les suivants : une certaine concentration de la sulfamide doit être maintenue pendant plusieurs heures ou plusieurs jours si on redoute l'infection ; puisque la sulfamide est rapidement éliminée, on doit la donner à intervalles rapprochés; il faut que le taux de la sulfamide dans le sang soit le plus élevé possible et ceci le plus précocement possible; bien que ces médicaments n'aient pas d'effet toxique, en raison du choc et des pertes de sang, il convient d'employer la dose utile la plus petite possible.

Dans le but d'assurer cette concentration nécessaire de la sulfamide dans le sang, divers modes d'administration ont été expérimentés et en parti-

ARCACHON

Clinique du Dr Lalesque

DIRIGÉE PAR DES RELIGIEUSES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES
ORTHOPÉDIE - HÉLIOTHÉRAPIE
PAS DE CONTAGIEUX
REÇOIT ASSURÉS SOCIAUX ET MUTUALISTES
DEMANDER LA NOTICE GRATUITE

FOSFOXYL Carron

TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE DE SODIUM ($C^{10}H^{16}PO^3Na$)

MÉDICATION PHOSPHORÉE POUR ADULTES & ENFANTS
ACTIVITE MAXIMA

INDICATIONS :

CARENCE PHOSPHORÉE
INSUFFISANCES GLANDULAIRES
MALADIES DE LA NUTRITION
TROUBLES DE L'OSSIFICATION
SURMENAGES INTELLECTUELS
CONVALESCENCES

3 FORMES

D'ÉGALE ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

SIROP DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures
LIQUEUR DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures (indiquée pour diabétiques)
PILULES DE FOSFOXYL
8 pilules par 24 heures

POSOLOGIE POUR ENFANTS
(consulter la littérature)

Laboratoire CARRON - 69, Rue de Saint-Cloud - CLAMART (Seine)

RECALCIFICATION DE L'ORGANISME

TRICALCINE

FRACTURES
OSTÉOPOROSE
OSTÉOMALACIE
RECALCIFICATION

POUDRE, COMPRIMÉS, CACHETS
GRANULÉS, INJECTABLE

INTOXICATIONS
INFECTIONS
TUBERCULOSE
CONVALESCENCES

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal - Paris, IXe

culier des comprimés kératinisés ou à absorption retardée par d'autres procédés. Les résultats ne furent pas encourageants et jusqu'à nouvelle expérimentation la meilleure méthode de donner la sulfamide est la suivante : 1 *g.* 5 en solution le plus tôt possible après la blessure, et 0 *g.* 50 en comprimés deux heures après, puis ensuite toutes les quatre heures.

André Plichet.

H. P. Marks et **F. G. Young**. ***L'hypophyse et l'insuline pancréatique*** (*The Lancet*, n° 6081, 16 Mars 1940, p. 493-497). — L'injection de lobe antérieur de l'hypophyse augmente le nombre et la grosseur des îlots de Langerhans chez le rat.

M. et Y. ont administré de l'extrait frais de lobe antérieur à des rats normaux pendant deux semaines et ont constaté que l'insuline du pancréas avait presque doublé de quantité.

Dans cet extrait il existe donc une substance qui favorise l'augmentation d'insuline ou substance pancréatropique, qui coexiste par conséquent avec le facteur diabétogène et avec le facteur de croissance mais qui n'est pas identique à ces deux principes.

Cette substance favorise l'augmentation d'insuline chez le rat, au contraire chez le chien elle diminue la sécrétion pancréatique en insuline et chez les chiens dépancréatisés, elle augmente leur diabète.

Il y a là une action contradictoire qui pose l'existence de deux principes pour lesquels le chien est plus sensible à l'un, le rat à l'autre. Il est impossible pour le moment de dire si cette substance est une hormone.

André Plichet.

H. W. Barber. ***Le traitement du lupus érythémateux par les sulfamides*** (*The Lancet*, n° 6083, 30 Mars 1940, p. 583-586). — Le lupus érythémateux peut être d'origine streptococcique ou tuberculeuse.

Dans le lupus d'origine vraisemblablement streptococcique, les sulfamides (prontosil, dagénan) provoquent une réaction sous forme le plus souvent d'une éruption scarlatiniforme généralisée avec élévation de température. Cette éruption est due à la libération de toxine streptococcique de foyers latents d'infection. Cette éruption diffère de celle que l'on peut observer avec les sulfamides et qui est due dans la plupart des cas à la production de porphyrine avec sensibilisation consécutive à la lumière. Des douleurs rhumatismales et des adénopathies accompagnent parfois cette éruption. On peut observer également une éruption focale sous forme de placards érythémateux autour du lupus.

Ces effets sont souvent obtenus avec une dose minimum de sulfamides (1/4 de comprimé).

Si on continue le traitement à doses modérées (3 comprimés au plus), on peut assister à une amélioration du lupus et même à sa régression, mais il faut appliquer ce traitement avec beaucoup de prudence.

Quand le lupus est d'origine tuberculeuse, les sulfamides ne donnent aucune réaction et le traitement est inopérant.

André Plichet.

Montague Maizels et **Norman Whittaker**. ***Anticoagulants pour la conservation du sang*** (*The Lancet*, n° 6083, 30 Mars 1940, p. 590-593). — Dans le sang conservé avec une solution standard de citrate de soude et de chlorure de sodium (NaCl 0,85 pour 100, citrate de soude 1,05 pour 100) qui, en fait, est hypertonique, les globules rouges sont également hypertoniques. Au contraire, dans le sang conservé avec des solutions véritablement isotoniques (NaCl 0,43 pour 100, citrate de soude 1,05) les globules rouges sont isotoniques et au bout d'un mois de conservation ils sont moins hémolysés que les premiers.

Si on prend les globules non hémolysés de sangs conservés dans l'une et l'autre solution et qu'on les mélange avec du plasma normal frais, les globules rouges hypertoniques sont hémolysés dans une proportion dépassant 50 pour 100 alors que les globules rouges isotoniques ne subissent aucune hémolyse.

Si on ajoute une solution acide au sang citraté et salé de telle façon que le pH descende au-dessous de 6,6, l'hémolyse est réduite environ de moitié. Ce phénomène est dû à une diminution de pénétration des globules rouges par les cations, diminution due à l'abaissement du pH.

Si on ajoute des hydrates de carbone au sang conservé, on peut observer une diminution du sodium des globules rouges ainsi qu'une diminution de leur gonflement et au bout de 6 semaines l'hémolyse n'est que le 1/10 de celle que l'on observe pour le sang conservé dans les simples solutions salées.

Une des meilleures solutions anticoagulantes est celle qui contient du NaCl à 0,43 pour 100 et du citrate de soude à 1,05 pour 100. Il est cependant préférable d'y ajouter du glucose ou de la dextrose à la concentration de 1 à 3 pour 100 pour augmenter la durée de conservation du sang. Dans ces conditions, la solution devient légèrement plus acide et pour empêcher le gonflement des érythrocytes, il convient d'augmenter la quantité de chlorure de sodium jusqu'à 0,5 pour 100.

André Plichet.

F. Morton et **A. M. Nussey**. ***L'urée sanguine et l'élimination de l'urée avant et après l'ingestion d'urée*** (*The Lancet*, n° 6084, 6 Avril 1940, p. 636-640). — M. et N. ont fait absorber à 50 sujets en bonne santé 15 *g.* d'urée et de demi-heure en demi-heure ont dosé leur urée sanguine. Ils ont constaté une élévation du taux de leur urée sanguine de 0,21 à 0,54 *cg.* par litre au-dessus du niveau du dosage de départ. Les courbes obtenues présentent un maximum variable dans le temps suivant les malades. D'une façon générale, le maximum du taux de l'urée sanguine se trouve 3/4 d'heure à 1 heure 3/4 après l'ingestion et reste stable dans cet intervalle.

Chez des malades atteints de maladies rénales graves, on ne trouve au contraire aucun changement ou même une diminution de l'urée sanguine.

C'est donc un test que l'on peut utiliser pour juger de l'insuffisance rénale.

André Plichet.

V. G. Horan et **S. Gay French**. ***La prévention de la mastoïdite d'après une étude de 621 cas d'otite moyenne aiguë traités par les sulfamides*** (*The Lancet*, n° 6085, 13 Avril 1940, p. 680-682). — Cette complication des otites moyennes aiguës a diminué de gravité et de fréquence depuis l'introduction en thérapeutique des sulfamides. Sur 621 cas d'otite moyenne soumis de façon précoce à ce traitement, H. et F. n'ont eu qu'un pourcentage de 3,4 de mastoïdite au lieu du pourcentage habituel de 22,7 avec les thérapeutiques anciennes.

Ces otites furent traitées par la sulfamide sans excéder la dose totale de 40 *g.* Dans les cas aigus et graves, on y adjoignit des injections intramusculaires de prontosil soluble et dans les cas d'otite à pneumocoques, on se servit de M et B 693.

Ce traitement soit par la sulfamide soit par la sulfa-pyridine ne donna lieu à aucun accident toxique sérieux. Il ne semble pas qu'il puisse donner lieu à la chronicité de l'otite. Dans ces cas, il faut rechercher et traiter une infection naso-pharyngée qui entretient l'infection de l'oreille.

André Plichet.

THE BRITISH JOURNAL of RADIOLOGY (Londres)

G. Friedlaender. ***Etude radiologique et clinique de l'anévrysme de l'aorte*** (*The British Journal of Radiology*, t. **13**, n° 148, Avril 1940, p. 109-122). — Parmi les séquelles les plus redoutables de la syphilis, il faut, dit l'auteur, mettre à part les affections vasculaires, et, en particulier, les anévrysmes des gros vaisseaux, notamment de l'aorte. Si des statistiques il paraît résulter que dans 10 à 20 pour 100 des cas d'aortite spécifique il se développe un anévrysme, ce pourcentage est certainement inférieur à la réalité (qu'il s'agisse d'anévrysme latent méconnu, ou ne se manifestant pas encore cliniquement ou radiologiquement en raison de ses faibles dimensions, d'une interprétation clinique d'aortite...). F., après avoir rappelé les caractéristiques des anévrysmes et leur pronostic, très sombre d'après la majorité des auteurs, rapporte dix-huit observations résumées d'anévrysmes de l'aorte suivis plus ou moins longtemps (11 hommes, 7 femmes, suivis de 6 mois à 9 ans) cliniquement et radiologiquement. F. considère que : 1° si l'on prend pour point de départ le premier examen radiologique pratiqué, certains anévrysmes aortiques peuvent s'accompagner d'une longue survie (14 et 20 ans par exemple dans 2 des 18 cas rapportés), et que celle-ci, à compter des premières manifestations cliniques, est encore notablement plus longue; 2° l'augmentation de volume de l'anévrysme ne s'accompagne pas forcément d'une aggravation des manifestations cliniques et réciproquement, et dans un certain nombre de cas (22 pour 100 dans la série envisagée) on peut voir l'anévrysme se stabiliser cliniquement et radiologiquement; les troubles aortiques surajoutés à l'anévrysme ne paraissent aggraver réellement le pronostic que s'ils accompagnent une aortite spécifique étendue et des lésions des gros vaisseaux qui semblent plus dangereuses que l'anévrysme lui-même; 4° le traitement spécifique est parfois dangereux dans des cas rares de lésions vasculaires spécifiques étendues; parfois, il est sans action, mais paraît en général agir favorablement dans un grand nombre de cas et surtout dans ceux qui n'ont été soumis à aucun traitement antérieur.

Morel-Kahn.

A. Schüller. ***Radiographie des lacs sous-arachnoïdiens de la base du crâne*** (*The British Journal of Radiology*, t. **13**, n° 148, Avril 1940, p. 127-129). — La question des lacs sous-arachnoïdiens a soulevé depuis quelques années l'intérêt de nombreux pathologistes et cliniciens, de même que celle des « arachnoïdites » du type kystique, et Spatz et ses collaborateurs ont décrit la pénétration du tissu cérébral dans les lacs sous-arachnoïdiens dans les cas d'hypertension accentuée avec signes de compression des nerfs traversant ces lacs.

Tandis que Dyke et Davidoff ont décrit ces lacs tels que permet de les observer l'encéphalographie après injection d'air par voie lombaire, Sgalitzer les a étudiés à l'aide du lipiodol ascendant (à 9 pour 100) également introduit par voie lombaire.

S., il y a trois ans, a proposé de recourir à un procédé d'injection encore plus démonstratif (qui même permet le simple examen à l'écran) *en injectant par voie lombaire du lipiodol à 40 pour 100* que l'on fait passer au niveau du crâne en inclinant le sujet tête en bas sur une table à bascule. Ce procédé ne s'accompagne d'aucun incident ou complication sérieux, et comme en station debout le lipiodol retombe dans le cul-de-sac terminal, il est possible de faire des examens ultérieurs; il a été déjà possible d'éprouver la valeur du procédé dans certains cas de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ou de la région pituitaire. Des figures très démonstratives illustrent cet article.

Morel-Kahn.

LA THERAPEUTIQUE PAR LA VITAMINE A

A "313"
EXTERNE
Solution huileuse de Vitamine A et de ses produits de désintégration
◆
PLAIES ATONES
ESCHARES - BRULURES
FISTULES

A "313"
INJECTABLE
Solution à 3 1/2 0/0 de Vitamine A
◆
SEPTICÉMIES - FIÈVRES
TYPHOIDES - COLITES
INFECTIONS LOCALES

A "313"
INGÉRABLE
Solution à 5 0/0 de Vitamine A
◆
FIÈVRES TYPHOIDES
INFECTIONS PUERPÉRALES
HYPERTYROIDIES

VITAOL
Huile de foie de morue survitaminée
2.000 unités de Vitamine A par gr.
◆
CROISSANCE
DÉBILITÉ
CONVALESCENCE

CHABRE FRÈRES ◆ Docteurs en Pharmacie ◆ TOULON

NEZ GORGE OREILLES



VOIES RESPIRATOIRES
Ulcérations des Muqueuses.
Traitement des Plaies infectées
◆
Laboratoires F. LATOUR
71, rue Douy-Delcupe, MONTREUIL (Seine)

GOMENOL
(Nom et Marque déposés)
Antiseptique idéal interne et externe
Inhalations - Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO - Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE - Eau gomenolée

GOMENOLÉOS
dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.
Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET AU GOMENOL
Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X^e

PANGLANDINE
CRÉÉE EN 1897
toute une équipe au secours des
GLANDES DÉFICIENTES
Tous les troubles endocriniens
de l'Enfant,
de l'Adulte,
du Vieillard.

4 à 10 CAPSULES PAR JOUR

LABORATOIRES COUTURIEUX • 18 AVENUE HOCHE • PARIS

JOURNAL INTERNATIONAL DE CHIRURGIE
(Bruxelles)

E. Dahl-Iversen (Copenhague). ***La maladie kystique, sa pathogénie, son pronostic et son traitement*** (*Journal International de Chirurgie*, t. **5**, n° 2, Mars-Avril 1940, p. 85-127). — En se basant sur une expérience personnelle de 250 cas de maladie kystique du sein, observés de 1935 à 1939, D.-I. fait, dans la première partie de cet important article, un exposé de la clinique et de l'anatomie pathologique de cette affection, et des éléments du diagnostic différentiel.

Dans la pathogénie de l'affection, il paraît actuellement évident qu'il y a une relation entre la maladie kystique du sein et un trouble fonctionnel de l'ovaire, mais il est impossible de l'énoncer exactement. D.-I. a dosé l'élimination de la folliculine et de l'hormone gonadotrope dans l'urine chez 70 malades, au cours de la période intermenstruelle. Dans 70 pour 100 des cas, la folliculinurie était normale, dans 30 pour 100 il y avait hypofolliculinurie. L'élimination de l'hormone gonadotrope était normale dans tous les cas, sauf un où elle était très basse.

Les constatations de D.-I., de même que les relevés d'autres chirurgiens, montrent que le cancer du sein survient au cours de la maladie kystique beaucoup plus rarement qu'on ne le pensait. Il est impossible de dire si la maladie kystique est une affection précancéreuse.

D'après l'expérience de D.-I., le traitement hormonal par la folliculine est préférable aux méthodes opératoires.

175 cas ont été traités par la folliculine (injection quotidienne de 6.000 u. en trois prises, pendant trois à quatre mois). A l'examen qui suivit la fin du traitement, il y avait 88 pour 100 d'amélioration subjective et objective, 8 pour 100 d'amélioration partielle et 4 pour 100 d'échecs. Au point de vue objectif, dans trois quarts des cas, on ne sentait plus aucune lésion mammaire, dans un quart des cas il persistait dans une glande normale une zone infiltrée ou un fibro-adénome. Revus entre 3 et 9 mois après la fin du traitement, il y eut récidive dans la moitié des cas améliorés. Cette récidive est d'autant plus sensible à la reprise du traitement qu'elle apparaît plus tard. Dans l'ensemble, un tiers environ des malades étaient améliorées subjectivement et objectivement. un à 4 ans après la fin du traitement. Des examens histologiques comparatifs de 50 cas traités par la folliculine et de 50 cas témoins, montrent que le traitement hormonal agit sur le tissu conjonctif intralobulaire, hyperplasie qui reprend un aspect normal. Par contre, il semble ne pas agir sur les altérations kystiques irrégulières, qu'il n'empêche pas la prolifération épithéliale ou papillomateuse, et qu'il ne fait pas cesser la desquamation de l'épithélium.

En conclusion, D.-I. recommande le traitement hormonal. Les malades, âgées de 40 à 50 ans, chez qui le développement de la maladie kystique s'accompagne de papillomes dans les canaux galactophores, doivent être surveillées régulièrement. S'il y a la moindre modification clinique, l'intervention chirurgicale avec biopsie extemporanée est indiquée.

PIERRE ABOULKER.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

F. D. Murphy, H. D. James et **J. W. Rastetter.** ***A propos de 23 cas de trichinose*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **199**, n° 3, Mars 1940, p. 328-338). — Des recherches anatomopathologiques systématiques ont montré que la trichinose est bien plus fréquente aux Etats-Unis qu'on ne le pensait. Un sujet sur 6 présente des parasites dans le diaphragme, mais la plupart des cas restent cliniquement muets. Sur 138.000 malades entrés à l'hôpital de Milwaukee en 8 ans on a trouvé 23 cas de trichinose cliniquement manifeste. L'enquête montra que 14 de ces sujets avaient l'habitude de consommer du porc insuffisamment cuit, provenant le plus souvent de boucheries foraines ou d'abattoirs non contrôlés. Il s'agissait surtout de sujets de moins de 50 ans. Le sexe et la profession paraissent dénués d'influence. On trouva de la leucocytose marquée dans tous les cas, sauf 2 et de l'éosinophilie chez tous les malades, sauf 1, avec un maximum de 73 éosinophiles pour 100 et un minimum de 4 pour 100. Le tableau clinique se montre assez varié. Le début est marqué le plus souvent par des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée survenant quelques heures après l'ingestion de la viande infestée. Les myalgies, les arthralgies et le gonflement de paupières furent les signes cliniques les plus caractéristiques; la fièvre fit souvent défaut. La trichinose fut souvent confondue avec une grippe, un rhumatisme articulaire aigu, une sinusite, une néphrite aiguë; chez des malades plus atteints avec une typhoïde ou une tularémie. La constatation d'une éosinophilie élevée fut d'un précieux secours pour le diagnostic. En cas de doute, on eut recours à la biopsie musculaire et parfois à la cuti-réaction de Bachman aux protéines de *Trichinella*. La plupart des malades guérirent en 2 à 5 semaines; toutefois, 2 succombèrent. Les diverses thérapeutiques essayées se montrèrent décevantes.

La lutte contre la trichinose doit être activement entreprise : le consommateur doit bien connaître le danger qu'offre l'usage de la viande de porc insuffisamment cuite, surtout quand elle provient de marchands forains; les éleveurs doivent s'abstenir de donner aux porcs des déchets crus de porc; le contrôle administratif de la viande de porc doit s'exercer sévèrement; la déclaration de la maladie doit être obligatoire.

P.-L. MARIE.

J. M. Ravid et **Ch. Chesner.** ***Cas mortel d'anémie hémolytique et d'urémie après administration de sulfapyridine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **199**, n° 3, Mars 1940, p. 380-385). — Ce cas concerne un vieillard de 79 ans entré à l'hôpital avec des symptômes d'occlusion intestinale incomplète compliquée de pneumonie, laquelle fut traitée par la sulfapyridine (693). Le second jour du traitement on constata une chute brusque des hématies de 4.000.000 à 2.750.000, avec 4 pour 100 d'hématies nucléées, sans modification de la leucocytose, des urines rouge porto avec cylindres hématiques et une forte azotémie. Bien que le malade n'ait pris en tout que 8 gr. de sulfapyridine et que le médicament ait été cessé immédiatement, la mort survint le troisième jour par urémie. L'autopsie montra deux sortes de lésions : les unes résultant de l'hémoglobinémie (obstruction des tubes rénaux par le pigment, hémosidérose du foie, du rein et du système réticulo-endothélial); les autres produites par une action directe sur l'épithélium hépatique et rénal. On pouvait voir dans quelques tubes rénaux un dépôt de calcaire autour de certains cylindres, fait qui doit être rapproché de la formation de calculs rénaux constatée chez les animaux ayant reçu de la sulfapyridine et doit être attribué à la sommation des effets toxiques de ce médicament sur l'appareil rénal en général.

Le tableau clinique n'a rien de spécifique, mais est analogue à celui que l'on trouve dans les morts par transfusion de sang incompatible, par hémoglobinurie paroxystique, par bilieuse hémoglobinurique et par certains poisons chimiques.

Ce cas semble être le premier d'anémie hémolytique mortelle après sulfapyridine. En suivant les patients tous les jours, surtout les sujets âgés, en surveillant l'hématologie et les fonctions rénales et en cessant immédiatement la médication au premier signe suspect, de tels cas doivent pouvoir être évités.

P.-L. MARIE.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

L. S. Warren, C. M. Carpenter et **R. A. Boak.** ***Herpès symptomatique consécutif à la fièvre artificiellement provoquée. Fréquence et aspects cliniques. Isolement d'un virus à partir des vésicules herpétiques. Comparaison avec une souche connue de virus herpétique*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 2, Février 1940, p. 155-168). — L'herpès symptomatique survient d'ordinaire au cours de la fièvre qui accompagne les infections aiguës. On ne sait pas bien encore s'il résulte d'un changement dans la résistance de l'hôte causé par l'agent infectieux primitif ou de l'élévation même de la température. Or, chez 46 pour 100 des malades atteints d'affections apyrétiques et traités par la fièvre artificiellement provoquée par des agents physiques (diathermie, bains chauds, etc.), W., C. et B. ont vu se développer de l'herpès symptomatique, ce qui laisse penser que c'est la température plutôt que l'agent infectieux qui déclenche l'herpès.

L'herpès ne récidiva que chez 5 pour 100 des patients à la suite de nouvelles applications pyrétothérapiques; une certaine immunité pourrait donc se développer à la suite d'une première atteinte. Un syndrome encéphalitique aigu de courte durée et non suivi de séquelles se produisit chez un groupe de patients atteints d'herpès intense après pyrétothérapie.

Un virus filtrant isolé des vésicules herpétiques chez les sujets ayant présenté de l'herpès après pyrétothérapie détermina une encéphalite mortelle chez le lapin après inoculation cérébrale ou cornéenne. On observa des corpuscules intranucléaires inclus dans l'épithélium cornéen et dans les cellules motrices ganglionnaires du cerveau, semblables à ceux constatés chez les lapins inoculés avec des souches connues de virus herpétique.

Quatre souches de virus qui furent isolées des vésicules herpétiques déterminées par la pyrétothérapie se montrèrent apparentées immunologiquement à la souche Frank de virus herpétique avec les tests d'immunisation croisée.

P.-L. MARIE.

H. Goldblatt, J. R. Kahn, F. Bayless et **A. M. Simon.** ***Recherches sur l'hypertension expérimentale. Effet de l'excision des sinus carotidiens sur l'hypertension provoquée par l'ischémie rénale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 2, Février 1940, p. 175-186). — Poursuivant leurs recherches sur l'hypertension réalisée au moyen de la constriction ménagée des artères rénales chez le chien, G., K., B. et S. ont voulu vérifier les assertions de Bouckaert et Heymans qui soutiennent que l'hypertension de cette origine s'associe à une hyperexcitabilité réflexe accrue des mécanismes vaso-constricteurs, et en particulier du sinus carotidien, et que cette hyperexcitabilité peut être due à des phénomènes humoraux ou à des phénomènes nerveux centraux ou périphériques.

L'excision des deux sinus carotidiens, avec ou sans section des fibres inhibitrices cardio-aortiques, ne fut pas suivie d'une modification significative de la pression moyenne au niveau de l'artère fémorale chez les chiens normaux. Cette intervention n'eut aucun effet perturbateur sur le développement de l'hypertension consécutif à l'ischémie rénale que l'on créa ensuite. Il n'y eut pas de différence importante entre le niveau de

Granules de CATILLON
à 0.001 EXTRAIT TITRÉ de
STROPHANTUS
TONIQUE du CŒUR . DIURÉTIQUE
Effet immédiat — innocuité — ni intolérance ni vasoconstriction — on peut en faire un usage continu
Prix de l'Académie de Médecine pour « Strophantus et Strophantine », Médaille d'Or Expos. univ. 1900
Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

CHIMIOTHÉRAPIE DIRECTE ET ÉLECTIVE
des TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES
Rubrophène
COLORANT ATOXIQUE
de conception nouvelle



DRAGÉES
AMPOULES
POMMADE

Indiqué dans les tuberculoses | ganglionnaire, ostéo-articulaire
péritonéale & intestinale
génito-urinaire, cutanée, ophtalmique, etc.

"LE PROGRÈS SCIENTIFIQUE" M. LEFEBVRE, Pharmacien, 25, Boul^d de La Tour-Maubourg — PARIS (7e)

DRÉVILL - grav. imp

2 PILULES GLUTINISÉES NOUVEAU CORPS IODÉ ORIGINAL CITRATÉ **2 à 3 FOIS PAR JOUR**
IODOCITRANE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE
TROUBLES ARTÉRIELS ET VEINEUX .
MALADIES DE LA CINQUANTAINE
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal - PARIS

l'hypertension due à l'ischémie rénale chez les animaux ayant eu les sinus carotidiens préalablement excisés et chez ceux dont les sinus étaient restés intacts.

Chez un des trois animaux ayant de l'hypertension par ischémie rénale et chez lequel l'élévation de la pression avait graduellement diminué, on nota un relèvement léger et seulement temporaire de la pression après excision des deux sinus carotidiens. Chez les deux autres animaux cette excision n'eut aucun effet sur la pression. Pourtant chez tous les trois l'augmentation ultérieure de la constriction des artères rénales détermina un relèvement significatif et persistant de la pression.

En somme, le sinus carotidien ne possède pas d'influence démontrable sur l'hypertension causée par l'ischémie rénale, bien que chez de semblables animaux il joue probablement le même rôle dans la régulation de la pression sanguine que celui qu'il remplit chez les animaux normaux.

P.-L. Marie.

H. Eagle et **R. B. Hogan**. ***Présence dans les sérums syphilitiques d'anticorps pour les spirochètes ; leurs rapports avec la « réagine » de Wassermann ; leur signification dans le séro-diagnostic de la syphilis*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 2, Février 1940, p. 215-230). — De même que Gaehtgens, E. et H. ont constaté que les sérums de sujets syphilitiques donnent une réaction de fixation du complément positive en présence de cultures de *Tr. pallidum* (souche Reiter). Les sérums de lapins syphilitiques réagissent de même. Les sérums d'homme et de lapin syphilitiques agglutinent ces cultures, et souvent à un titre élevé.

Le sérum de lapin normal réagit faiblement vis-à-vis de la culture, donnant une légère réaction de fixation et agglutinant faiblement. Les sérums humains normaux, bien que renfermant une agglutinine d'ailleurs peu active, ne fixent pas le complément en présence de la souche de Reiter. Cette dernière réaction offre donc une utilité pratique pour le séro-diagnostic de la syphilis.

Quand le sérum syphilitique est chauffé à 63°, on ne trouve pas de différence notable dans la thermolabilité des anticorps pour les spirochètes et celle de la réagine qui intervient dans la réaction de Wassermann et les épreuves de floculation.

L'absorption du sérum syphilitique par des suspensions de spirochètes enlève toute activité, non seulement vis-à-vis des spirochètes, mais encore vis-à-vis des lipoïdes tissulaires (extrait alcoolique de cœur de bœuf); ces sérums deviennent négatifs quant au Wassermann et à la floculation. L'absorption du sérum syphilitique au moyen de lipoïdes tissulaires rend le Wassermann et les épreuves de floculation négatives, mais ne détermine pas de changement appréciable dans la réactivité du sérum vis-à-vis des spirochètes. Les lapins immunisés à l'égard des lipoïdes du cœur de bœuf produisent des agglutinines pour les spirochètes et des anticorps fixant le complément à un taux élevé.

On peut en conclure que ces spirochètes de culture contiennent des substances antigéniques apparentées sérologiquement, tant à une substance présente dans le tissu des mammifères qu'à d'autres facteurs antigéniques qui ne sont pas présents dans ces extraits de tissus, mais qui réagissent également avec le sérum syphilitique.

Ces constatations viennent à l'appui de la thèse qui veut que la modification sérologique primitive dans la syphilis réside dans la production d'anticorps dirigés contre le *Tr. pallidum*. La réaction de Wassermann et les épreuves de floculation reposeraient sur ce fait que les extraits de tissus utilisés comme antigènes contiennent une ou plusieurs substances sérologiquement apparentées aux constituants antigéniques du tréponème. De même, la souche de Reiter est apparentée sérologiquement à *Tr. pallidum* suffisamment pour être agglutinée et pour donner la réaction de fixation avec les anticorps du *Tr. pallidum* présents dans le sérum syphilitique. Etant donné que les suspensions de spirochètes de culture renferment des facteurs antigéniques qui réagissent spécifiquement avec le sérum syphilitique, dont certains d'entre eux ne sont pas présents dans les antigènes ordinaires employés pour le Wassermann et la floculation, ces suspensions peuvent se montrer plus fidèles que les extraits de tissus dans le séro-diagnostic de la syphilis.

P.-L. Marie.

K. Landsteiner et **M. W. Chase**. ***Recherches sur la sensibilisation au moyen de composés chimiques simples.*** VII. ***Sensibilisation de la peau au moyen d'injections intrapéritonéales*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 2, Février 1940, p. 237-247). — Il semblait jusqu'ici que la sensibilisation expérimentale de la peau aux composés chimiques simples ne puisse être obtenue à l'inverse de la sensibilisation anaphylactique, qu'au moyen de l'application de la substance sensibilisatrice sur la peau ou dans la peau. En associant au trinitrobenzène, agent sensibilisant de structure simple, une suspension de bacilles tuberculeux tués dans l'huile de paraffine, qui joue le rôle d'adjuvant, comme le tapioca dans la production des antitoxines, L. et G. ont réussi, en employant la voie intrapéritonéale et en évitant strictement tout contact avec la peau, à obtenir une hyper-sensibilisation cutanée très marquée à l'application de trinitrobenzène faite trois semaines après sur la peau. Le choix des bacilles tuberculeux comme agent synergique a été suggéré par les recherches de Dienes qui a trouvé que la réponse aux antigènes protéiniques est modifiée qualitativement en injectant l'antigène dans des lésions tuberculeuses. Ainsi, bien que la sensibilisation de la peau de ce type soit plus aisément réalisable au moyen de l'application cutanée, cette voie d'administration n'est nullement nécessaire pour réaliser l'hypersensibilité de la peau.

P.-L. Marie.

T. Addis et **W. Lew**. ***La restauration du tissu supprimé des organes. Sa vitesse et son degré*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 3, Mars 1940, p. 325-335). — Quand les rapports normaux qui existent entre le poids des viscères et le poids du corps sont modifiés par l'ablation d'une portion d'un organe, une restauration complète ou partielle a lieu dans certains viscères, mais pas dans les autres. Dans ce travail, A. et L. donnent des précisions sur le rapport existant entre le degré de développement des organes intacts et celui d'organes dont la masse a été diminuée de moitié opératoirement.

Quand la moitié du rein, de la surrénale, de l'ovaire ou du testicule a été enlevée, le degré de développement de la moitié restante qui se produit se montre indépendant du taux de développement de l'organe à l'époque de l'ablation. Par contre, l'ablation de la moitié de la prostate, de la vésicule séminale ou d'une corne utérine n'est suivie d'aucun développement appréciable de la portion de l'organe restée en place.

La vitesse de restauration du tissu rénal, ovarien, testiculaire ou surrénal après ablation de la moitié de ces organes est tout d'abord très rapide, mais elle décroît bientôt et il y a cessation complète du développement 40 jours environ après l'ablation.

Dans aucun des organes enlevés il ne se produit de restauration de tout le tissu perdu. Dans le testicule les 50 pour 100 laissés augmentent jusqu'à une proportion de 56 pour 100 et dans le rein, la surrénale et l'ovaire jusqu'à 70 pour 100 de la quantité de tissu existant avant l'opération. L'expression « hypertrophie compensatrice » est des plus critiquable.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

W. H. Brown et **A. L. Dippel** (Baltimore). ***Conditions d'emploi et limites de la radiographie des tissus mous dans le placenta praevia et certains autres états obstétricaux*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. **66**, n° 2, Février 1940, p. 90-105). — La radiographie de l'abdomen a permis de localiser le siège d'implantation du placenta dans plus de 85 pour 100 des cas sur 200 femmes examinées. Le pourcentage serait encore plus haut si l'on ne tenait pas compte des cas dans lesquels le fœtus était encore trop jeune et de ceux dans lesquels la radiographie était faite dans le but de mettre en évidence un myome.

On peut améliorer, dans quelques cas, la localisation du placenta en faisant de nouveaux clichés après distension vésicale par insufflation d'air.

Sur 53 femmes présentant des hémorragies vaginales, le diagnostic de placenta praevia fut fait ou éliminé dans 44 cas, 10 positifs et 34 négatifs. Des diagnostics furent confirmés au moment de la délivrance.

Cette méthode de localisation apporte une aide considérable à l'obstétricien dans les cas de placenta praevia et dans d'autres affections obstétricales.

Deux clichés sont, en général, pris, un latéral et un antéro-postérieur. Il y a quelques détails de technique et quelues causes d'erreur. On peut espérer qu'avec plus d'expérience, la radiographie donnera des résultats encore plus précis en obstétrique.

Robert Clément.

A. R. Rich et **R. H. Follis jr.** (Baltimore). ***Etudes sur le siège de la sensibilisation dans le phénomène d'Arthus*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. **66**, n° 2, Février 1940, p. 106-117). — Ces études expérimentales montrent que dans l'hypersensibilisation bactérienne, il existe une sensibilisation des cellules tissulaires qui cause leur mort au contact des protéines bactériennes spécifiques indépendamment de tout trouble circulatoire, tandis que, sans l'hypersensibilisation de type Arthus, il n'y a pas une telle sensibilisation des cellules tissulaires extra-vasculaires.

Dans le phénomène d'Arthus, la mort du tissu résulte de l'altération nutritive due aux lésions vasculaires et à l'obstruction des espaces tissulaires par les exsudats et les hémorragies.

Si l'on injecte une ou plusieurs fois, dans la cornée de l'œil une protéine étrangère, une injection consécutive après quelques jours provoque une réaction cornéenne plus marquée que sur un œil sain. Ceci est attribué au développement d'une hypersensibilité locale dans l'œil traité. Les expériences de R. et F. semblent indiquer que l'intensité de la réaction n'est pas due à un degré plus élevé de sensibilisation locale du tissu cornéen, mais à l'augmentation de la vascularisation qui résulte des injections intracornéennes préliminaires dont une grande quantité d'exsudat peut provenir plus promptement.

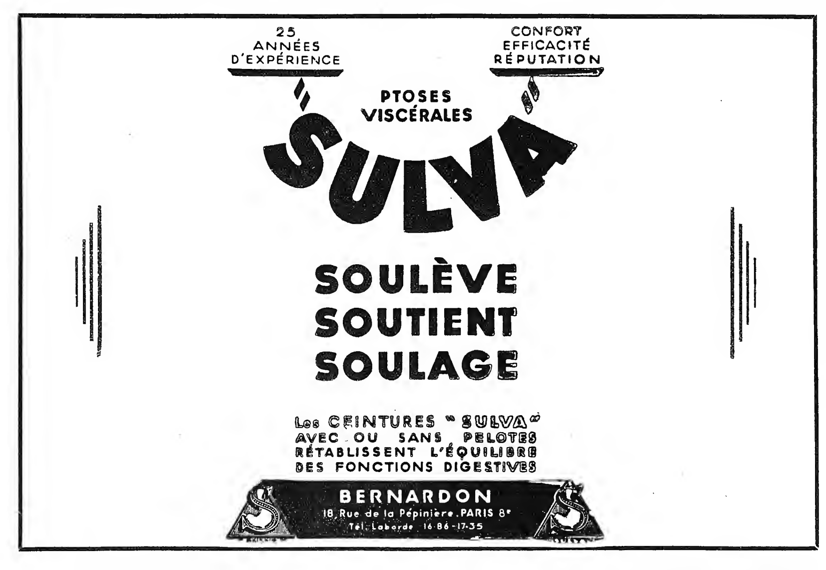
Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Cornbleet. ***Les hydrates de carbone de la peau normale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **41**, n° 2, Février 1940, p. 193-213). — C. passe en revue les travaux sur le métabolisme des hydrates de carbone de la peau et expose ses recherches personnelles.

La peau normale (la couche graisseuse mise à part) contient 60 à 81 *mg*. de dextrose pour 100 *g*. et 68 à 84 *mg*. de glycogène. Le taux du sang est plus élevé que celui de la peau.

Les couches superficielles de la peau humaine



RHUMATISMES CHRONIQUES

NEOSALIODE GABAIL

INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES INDOLORES

IODE LIBRE
A HAUTES DOSES
SOLUTION HUILEUSE
A ABSORPTION PROGRESSIVE

SALOL
AUXILIAIRE ANTI-RHUMATISMAL
DE L'IODE
PERMETTANT LES APPLICATIONS
aux MANIFESTATIONS SUB-AIGUES

AMPOULES de 5 c.c.

55, Avenue des Ecoles – CACHAN (Seine)

contiennent plus de dextrose et de glycogène que les couches profondes. L'injection intraveineuse de dextrose entraîne une forte élévation du taux cutané de la dextrose et une augmentation minime du glycogène. Quand la circulation hépatique est arrêtée, la dextrose cutanée diminue; le glycogène est peu modifié. Les injections intradermiques d'adrénaline diminuent localement la quantité de dextrose et très peu celle du glycogène. L'injection intradermique d'histamine augmente localement le taux de la dextrose et modifie peu le glycogène.

La glace mise au contact de la peau diminue le taux en dextrose de la surface en contact, puis le taux remonte ; le glycogène demeure stationnaire. La chaleur locale augmente le taux local de la dextrose et modifie peu le glycogène. L'irradiation localisée de rayons ultra-violets sans chaleur augmente le taux de la dextrose dans la partie irradiée; le taux du glycogène est non modifié.

Un agent réducteur (chrysarobine), appliqué sur la peau, augmente le taux de la dextrose localement et ne modifie pas le glycogène.

Le taux cutané de la dextrose dépend de celui du sang ; la dextrose est très diffusible dans la peau, comme dans tous les tissus et tous les organes.

R. Burnier.

Niles et **Klumpp**. ***Pityriasis rosé*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **41**, n° 2, Février 1940, p. 265-294). — Dans cette vaste revue générale, N. et K. étudient les divers aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques du pityriasis rosé: l'âge, le sexe, la race, la durée qui est d'environ 6 à 12 semaines, l'influence saisonnière, au printemps et en automne ; ils signalent les relations possibles entre les infections amygdaliennes et le pityriasis rosé, sa contagion et l'apparition possible de plusieurs cas dans la même maison. Ils passent en revue les divers agents étiologiques signalés: champignons, streptocoques. Sa reproduction expérimentale a toujours échoué.

N. et K. décrivent l'aspect clinique typique et atypique (face, cuir chevelu, mains et pieds, muqueuses), sa plaque initiale fréquente apparaissant 4 à 18 jours avant l'éruption secondaire. Cette plaque initiale est ordinairement localisée au tronc, mais elle a parfois un siège anormal (face, bras, poignet, main, pied, pénis); elle peut être géante ou multiple. Le prurit est ordinairement minime, parfois plus marqué, dans d'autres cas absent. Parfois des troubles pigmentaires persistent après le pityriasis rosé. Les récidives sont rares; on en a pourtant rapporté des cas plusieurs mois et plusieurs années après la première attaque. Le pityriasis rosé peut exister chez l'enfant (1/3 des cas).

Au point de vue thérapeutique, N. et K. traitèrent 50 malades atteints de pityriasis rosé par les rayons ultra-violets d'une lampe de quartz à vapeur de mercure, 38 par du sérum de convalescents et 26 par les crèmes calmantes habituelles; la durée du pityriasis rosé fut dans le premier cas de 5 semaines, 3; avec le sérum, la durée fut de 3,9 ; pour les cas de contrôle (pommades habituelles), elle fut de 4,7. Les injections de sérum de convalescents semblent donc particulièrement efficaces dans le pityriasis rosé, mais les résultats sont souvent individuels, c'est ainsi qu'avec le même sérum donné à 2 malades, l'éruption disparut rapidement dans un cas, plus lentement dans l'autre.

R. Burnier.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L. Racugno (Turin). ***Sur la valeur diagnostique et pronostique de la cuti-réaction régionale à la tuberculine dans la tuberculose ostéo-articulaire*** (*Minerva medica*, an **31**, t. **1**, n° 7, 18 Février 1940, p. 145-148). — Chez 47 sujets de 3 à 20 ans atteints d'une lésion tuberculeuse ostéo-articulaire à un stade varié de l'évolution, R. a pratiqué avec les tuberculines humaine et bovine une cutiréaction et une intradermo-réaction dans la zone de projection cutanée de la lésion et dans la zone symétrique de l'autre membre. Du côté malade, les réactions ont toujours été plus intenses et plus rapides; les différences, assez minimes lorsqu'il s'agissait de lésions en pleine période d'état avec abcès, ont été très nettes dans les cas au début sans signes cliniques ou radiographiques de certitude; à la phase de régression, les différences ont été de moins en moins importantes; dans 4 cas, la cutiréaction avec la tuberculine bovine a été positive du côté malade et négative de l'autre; dans 31 cas, les réactions ont été plus vives avec la tuberculine humaine qu'avec la tuberculine bovine et dans les 16 autres inversement. Dans 20 cas de lésions ostéo-articulaires non tuberculeuses, aucune différence n'a été notée entre les réactions des deux côtés.

La prédominance de la cutiréaction prouve non seulement que l'organisme est en état d'allergie, mais aussi qu'il y a localement un foyer tuberculeux en activité; cette épreuve a un intérêt pour le pronostic comme pour le diagnostic.

Lucien Rouquès.

R. Porta (Milan). ***Résultats de la radiothérapie dans la lymphogranulomatose maligne*** (*Minerva medica*, an. **31**, t. **1**, n° 8, 25 Février 1940, p. 169-174). — P. n'est pas partisan des télé-irradiations totales qui ne lui ont pas donné de résultats ; il n'emploie que la méthode des irradiations locales, avec sur chaque champ une dose forte (500 à 600 r) fractionnée suivant la susceptibilité du sujet ; il estime que les doses faibles ou moyennes parfois conseillées n'ont aucune action. Il utilise sous 160 kilovolts avec un filtre de 0,5 de cuivre et 1 d'aluminium et une distance peau-anticatode variant de 30 à 50 *cm.*, un champ pour les adénopathies cervicales, axillaires ou inguinales, 2 (un antérieur et un postérieur) pour le médiastin en redoublant de prudence pour cette localisation, 1, 2 ou 3 pour la rate suivant sa grosseur, 3 (antérieur, latéral et postérieur) pour le foie, 2 (lombaire et antérieur) pour les adénopathies abdominales.

La radiothérapie est un « admirable » traitement de la lymphogranulomatose; en 7 à 10 jours, les masses ganglionnaires superficielles ou profondes diminuent très nettement puis disparaissent; en même temps, la fièvre cesse, les modifications hématologiques s'atténuent et l'état général s'améliore; dans le cas contraire, il faut rechercher une autre localisation restée inaperçue; les localisations osseuses sont assez sensibles aux rayons; les localisations pulmonaires, toujours très graves, régressent parfois mais ne disparaissent jamais. La radiothérapie ne donne que des rémissions plus ou moins longues; les rechutes imposent un nouveau traitement, mais il se produit peu à peu une certaine radiorésistance et il y a intérêt à ne pas trop rapprocher les séries d'irradiations. Dans les formes subaiguës, la survie est en moyenne de 2 à 3 ans et dans les formes chroniques de 4 à 6.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
(Rome)

C. Manzini (Bologne). ***Duodénite plasmorragique*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **10**, n° 4-5, Octobre 1939, p. 373-409). — A l'autopsie d'une femme de 45 ans morte d'une cirrhose de Laennec avec splénomégalie, ictère, ascite, hydrothorax et œdèmes périphériques, on est frappé par l'aspect du duodénum augmenté d'épaisseur et de consistance pâteuse; cette altération ne déborde ni sur l'estomac ni sur le reste du grêle et il n'y a aucune thrombose des vaisseaux duodénaux; histologiquement, on note un œdème qui infiltre le tissu conjonctif dans toute l'épaisseur de la paroi et qui dissocie et imbibe les fibres musculaires; aucun foyer inflammatoire n'est visible; le tissu conjonctif est épaissi, scléreux, presque sans noyaux et sans signe de réaction fibroblastique; les artérioles et les veinules ont toutes une lumière ample et leur paroi est œdémateuse; les capillaires sont normaux; le plexus de Meissner est indemne, le plexus d'Auerbach lésé. Le foie présente, en dehors des altérations cirrhotiques et d'une dégénérescence graisseuse, des phénomènes d'infiltration séreuse.

Cette lésion singulière se rapproche de ce que Rössle a décrit sous le nom d'inflammation séreuse; il s'agit donc d'une duodénite séreuse ou, pour employer un terme qui ne prête pas à confusion, d'une duodénite plasmorragique. Les faits décrits par Rössle et ceux qui ont été rapportés par d'autres auteurs peuvent être divisés en trois groupes : 1° l'inflammation plasmorragique (ou séreuse) dans laquelle le trouble de la perméabilité capillaire dépend d'un facteur phlogistique (infections par le bacille typhique ou les germes voisins, diphtérie, grippe, pneumococcie, ictère catarrhal, états toxi-infectieux en général); 2° l'exsudation plasmorragique par trouble de la perméabilité capillaire sous la dépendance de facteurs hydrodynamiques et toxiques associés, sans qu'il y ait cependant d'altérations pariétales (stase chronique du foie, mésentérite rétractile, épaississements pleuraux, etc...); 3° l'exsudation plasmorragique avec troubles de la perméabilité capillaire conséquence de troubles endocriniens ou angionévrotiques ou de sensibilisation à des poisons endogènes, les parois capillaires étant ou non lésées. C'est dans ce dernier groupe que rentre l'observation rapportée.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI MEDICINA SPERIMENTALE
(Torino)

C. Giordano et **D. Galigani** (Turin). ***Etudes sur l'hypertension expérimentale ; pathogénie de l'hypertension artérielle par injection de kaolin dans la citerne cérébello-médullaire*** (*Archivio italiano di medicina sperimentale*, 1939, supplément n° 5). — L'hypertension du liquide céphalorachidien peut augmenter la pression artérielle pour obtenir une hypertension endocranienne durable, Dixon et Heller ont proposé d'injecter dans la grande citerne une suspension très fine de kaolin dans le but de bloquer les voies d'écoulement du liquide; G. et G. ont refait cette expérience sur 8 chiens et ont toujours noté une hypertension maxima d'apparition plus ou moins rapide sans modifications nettes de la pression minima; chez 2 chiens qui avaient subi avant l'injection de kaolin une énervation rénale bilatérale, la pression ne s'éleva que 5 à 6 mois après, c'est-à-dire après un laps de temps suffisant pour admettre comme possible la régénération des nerfs des reins. Après l'injection de kaolin, on a noté dans tous les cas, sauf un, de l'hyperchlorémie avec hypochlorurie, modifications indépendantes de l'élimination hydrique; plus tard, tous les animaux présentèrent de l'hyperchlorurie; l'azotémie fut très inconstante; les taux de l'azote résiduel sérique et de l'urée urinaire ne varièrent pas. On ne décela pas de substances hypertensives dans le sang des chiens ; des substances surrénalotropes furent trouvées dans l'urine d'un animal; l'injection intraveineuse d'adrénaline provoqua dans tous les cas une réaction paradoxale.

L'autopsie montra chez tous les animaux une forte hydrocéphalie interne avec leptoméningite basilaire; le cœur et les vaisseaux, l'hypophyse

OPTALIDON

L'Antinévralgique le plus sûr

CALME LA DOULEUR SANS EFFETS STUPÉFIANTS ET RAPIDEMENT

Remarquablement toléré par l'estomac
il ne présente aucun danger d'accoutumance.

POSOLOGIE : 2 à 6 dragées par jour.
1 à 3 suppositoires par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVIIe) -:- B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie

LA QUALITÉ BIEN CONNUE DE

L'ENDOPANCRINE

SE RETROUVE DANS

L'ENDOTHYMUSINE

(EXTRAIT DE THYMUS)

RETARDS DE CROISSANCE
ECTOPIES TESTICULAIRES
DYSMÉNORRHÉE ET AMÉNORRHÉE
OBÉSITÉ DE LA PUBERTÉ

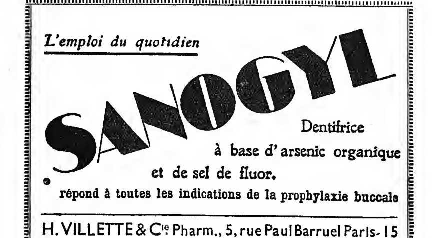
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XVe)

ANTIVIRUS

PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS-VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES

Littérature et échantillons sur demande

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens 5, rue Paul Barruel, PARIS-15



n'étaient pas modifiés; les lipoïdes cortico-surrénaux étaient augmentés; le corps thyroïde n'était anormal que dans deux cas.

Dans la pathogénie de cette hypertension provoquée, deux facteurs sont surtout à retenir : l'excitation des centres cérébraux régulateurs, conséquence de l'hydrocéphalie interne, un trouble rénal; le rôle des endocrines est beaucoup moins important. L'hyperchlorémie initiale paraît être d'origine nerveuse.

Lucien Rouquès.

LA PEDIATRIA
(Naples)

G. Petragnani. ***Possibilités de la vaccino-prophylaxie par voie aérienne*** (*La Pediatria*, vol. **48**, n° 2, Février 1940, p. 73-82). — P. expose d'abord les travaux qu'il a entrepris depuis 1921 sur l'anaphylaxie et la désensibilisation expérimentales par voie nasale, travaux qui lui ont permis de démontrer que la muqueuse naso-pharyngée est accessible aux processus d'allergie et d'immunité. Les résultats qu'il a obtenus ont permis, en 1927, à son assistant Gastelli de mettre en évidence la possibilité d'une vaccination antidiphtérique par voie nasale.

Les recherches récentes, encore inédites, lui ont permis de confirmer cette propriété de la voie naso-pharyngée. Il a pu conférer expérimentalement un tétanos mortel à certains animaux en leur instillant de la toxine tétanique. Il a pu, d'autre part, provoquer chez de petits rats et chez des lapins, les symptômes et les lésions de la dysenterie en les soumettant à des instillations de toxine dysentérique.

P. communique les résultats qu'il a obtenus lui-même avec un groupe de médecins et aussi ceux de divers auteurs qui ont utilisé son « nébulisateur » sur des enfants et des soldats pour faciliter ce mode de vaccination dans de petites collectivités. Mais devant l'impossibilité d'utiliser d'une façon courante un appareil aussi encombrant, P. a eu l'idée d'employer les pulvérisateurs qui servent à répandre les liquides tueurs de mouches.

P. a démontré avec ses collaborateurs que les propriétés des toxines n'étaient pas altérées par leur mélange extemporané avec des huiles essentielles émulsionnables : eucalyptolées, térébenthinées, etc.

Il rappelle qu'au Congrès international de Pédiatrie, tenu à Rome en 1937, il a émis l'hypothèse que la voie aérienne pouvait jouer un rôle important au point de vue de l'établissement de l'équilibre immunitaire. Les germes non pathogènes pullulent dans l'air, dans le milieu ambiant et l'immunité se produit pour certaines maladies lorsque le contage est insuffisant (résistance d'un grand nombre de sujets vis-à-vis de la diphtérie, des maladies exanthématiques de l'enfance par suite de contages répétés et insuffisants).

G. Schreiber.

RASSEGNA CLINICO-SCIENTIFICA DELL' ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO
(Milan)

V. Chini (Bari). ***Le syndrome de Cooley (anémie méditerranéenne) chez l'adulte*** (*Rassegna clinico-scientifica dell' istituto biochimico italiano*, t. **17**, n° 10, 15 Octobre 1939, p. 435-444 et n° 11, 15 Novembre 1939, p. 481-487). — On a longtemps considéré la maladie ou mieux le syndrome de Cooley comme propre à l'enfance; il existe cependant chez l'adulte; C. en a observé 2 cas et retrouvé 9 dans la littérature; 5 concernent des Italiens, 5 des Grecs et le dernier un habitant du Caire de parents grecs. Le syndrome présente chez l'adulte quelques particularités; il a une bénignité relative; l'anémie peut ne pas être très marquée; il est probable que l'affection remonte à l'enfance et se révèle à l'occasion d'une crise anémique qu'accompagne une exagération du processus d'hyperhémolyse; entre les crises, la note hémolytique peut être assez modérée; la leucocytose nette chez l'enfant manque parfois chez l'adulte qui peut même être leucopénique; il est rare de noter chez l'adulte le passage dans le sang d'éléments jeunes de la série blanche; les érythroblastes en circulation sont bien moins nombreux que chez l'enfant mais les fonctions de la rate et du sternum montrent que la réaction érythroblastique des organes hématopoïétiques est intense chez l'adulte; les anomalies squelettiques sont moins accusées dans l'ensemble chez les adultes.

Les diverses médications anti-anémiques ne donnent pas chez l'adulte de résultats bien meilleurs que chez les enfants lorsque la maladie est en période d'aggravation; la splénectomie a donné dans certains cas une amélioration indiscutable sans faire disparaître toutes les anomalies hématologiques; il est probable que la rate, sans être la cause de la maladie, a sur elle un rôle aggravant; dans un de ses cas, C. a fait pratiquer la splénectomie et considère que cette intervention est utile.

Lucien Rouquès.

OKAYAMA-IGAKKAI-ZASSHI
(Okayama)

T. Aoyana. ***Recherches sur les rapports entre la coagulation du sang et les centres nerveux*** (*Okayama-Igakkai-Zasshi*, t. **51**, n° 12, Décembre 1939, p. 2562-2576). — Existe-t-il vraiment un centre nerveux accélérant la coagulation du sang et, s'il existe, quel est son siège? Tel est le problème que A. a tenté de résoudre au moyen de l'emploi de divers toxiques.

Il a constaté que l'accélération de la coagulation à point de départ central due à la bulbocapnine, à l'harmaline, à l'harmine et à la cocaïne est presque complètement empêchée par le véronal ou le luminal; que l'uréthane n'influence pas notablement l'action accélératrice des quatre substances susdites, mais que cette action est diminuée dans une faible mesure par le chloral.

Chez le lapin privé d'écorce cérébrale l'action accélératrice de ces poisons se manifeste de façon plus accusée que chez les lapins normaux.

Il est vraisemblable que la cause initiale de ces phénomènes réside dans l'existence d'un centre accélérant la coagulation, faisant partie des centres régulateurs de la coagulation sanguine du cerveau intermédiaire et que ce centre est excité par la bulbocapnine, l'harmaline, l'harmine et la cocaïne, tandis que le véronal et le luminal le paralysent. L'écorce cérébrale possède une fonction inhibitrice à l'égard de ce centre accélérateur de la coagulation, si bien que la paralysie ou l'ablation de l'écorce détermine une augmentation de l'excitabilité de ce centre et de l'action des quatre poisons précités.

En terminant, A. résume ainsi ses résultats précédents et actuels : il semble exister dans une certaine partie du cerveau intermédiaire des centres régulateurs de deux sortes agissant sur la coagulation et fonctionnant différemment l'un et l'autre : l'un qui accélère la coagulation, l'autre qui l'empêche. Ces centres régulateurs sont inhibés par l'écorce cérébrale; ils semblent commander la fonction régulatrice des nerfs végétatifs périphériques à l'égard de la coagulation sanguine.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

L. M. Ter Horst. ***Les indications de la thérapeutique par la strophantine en injection intraveineuse*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **84**, n° 8, 24 Février 1940, p. 697-702). — Les indications du traitement des troubles cardiaques par la strophantine en injection intraveineuse ne dépendent pas du degré de l'insuffisance, mais de la manière dont le cœur travaille. Tandis que, pour que la digitale agisse, il faut que le cœur présente, à la fois, de l'insuffisance et de l'hypertrophie; par contre, l'insuffisance suffit pour que la strophantine donne des résultats. Ce fait est mis en évidence par l'observation publiée par T. H., concernant une femme de 57 ans, chez laquelle la digitale est restée sans effet, alors que l'ouabaïne Arnaud l'a rétablie au point de pouvoir se livrer à de petits travaux ménagers moyennant de la digitale à doses d'entretien.

Cette malade présentait un allongement de l'espace Q-T, ce qui témoigne d'une disproportion entre la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche. Sur une centaine de malades, T. H. a rencontré 26 cas où l'espace Q-T était ainsi prolongé. Chez ces malades, la strophantine en injection intraveineuse fut capable de raccourcir la durée de la systole sans agir sur la fréquence du pouls. La digitale *per os* n'agit ainsi que si l'allongement de la systole est peu marqué. Chez la malade en question, Q-T représentait 0,48 secondes pour un pouls de 79, pour lequel Q-T n'aurait dû mesurer que 0,32 à 0,41. En fait, la digitale n'a eu aucun effet sur cet allongement, alors que l'injection de la strophantine l'a rapidement ramené à la normale.

Les doses de strophantine sont de 0,20 à 0,30 *mg.* par jour. A partir du 3e ou du 4e jour, il est bon de cesser le médicament pendant 24 heures. En outre, ce médicament doit débuter seulement quand le patient n'est plus sous l'influence de la digitale.

P.-E. Morhardt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. C. Owen, J. T. Irving et **A. Lyall** (Aberdeen). ***Les besoins en calcium des sujets masculins âgés et la genèse de l'ostéoporose sénile*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **103**, n° 3-5, 8 Mars 1940, p. 235-251). — O., I. et L. ont déterminé de façon précise le bilan calcique, phosphoré et azoté de 7 sujets âgés indigents dont l'alimentation habituelle était depuis longtemps pauvre en calcium. Ce dernier était compris entre 200 et 300 *mg.* par jour, alors que les besoins en Ca du vieillard sont de 520 *mg.* par jour (Owen).

Les recherches exposées ici montrent que de tels sujets ne perdent que de petites quantités de Ca et peuvent même se trouver en équilibre calcique si l'on maintient cet apport. Mais, si ce dernier est porté à 550 *mg.* par jour, le Ca est fortement retenu. Il semble donc que le fait d'être soumis à une alimentation pauvre en Ca peut conduire à un certain degré d'adaptation, grâce auquel les besoins en Ca peuvent se montrer plus faibles qu'il est normal chez les sujets convenablement nourris. Ce résultat aide à comprendre certains faits concernant les besoins en Ca chez les noirs et chez les Chinois. On a pensé que ces races avaient des besoins moindres en Ca que les blancs. Il est probable qu'il ne s'agit là que d'une adaptation de sujets mal nourris à une alimentation pauvre en Ca. On ne peut faire que des hypothèses sur les processus qui interviennent dans cette adaptation; cependant il semble bien qu'un certain degré d'ostéoporose doive se montrer facilement durant une privation prolongée de Ca. De fait, chez quatre des vieillards examinés, la radiographie décelait de l'ostéoporose. Point à noter, certains sujets se montrèrent capables de retenir davantage de Ca quand on leur en donna plus que la dose moyenne. Cette rétention semble leur avoir servi à reconstituer les réserves de Ca épuisées par la longue privation de Ca.

P.-L. Marie.

A. Wallgren et **A. Gnosspelius.** ***De la signification des bacilles tuberculeux démontrables***

COLI-BACILLOSES ET TOUTES INFECTIONS - PARASITES INTESTINAUX

MICROLYSE

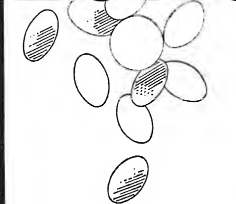
QUATRE FORMES = *Comprimés (3 par jour).*
Suppositoires pour Enfants et Adultes.
Tablettes pour lavages vésicaux et vaginaux.
Ovules pour gynécologie.

ÉCLAIRCIT les urines
ABAISSE la température
CALME la douleur

LABORATOIRES DE LA MICROLYSE, 10, Rue de Strasbourg, PARIS (Xe)

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME SYMPATHIQUE

NEUROTENSYL



2 A 3 COMPRIMES AVANT LES PRINCIPAUX REPAS

BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - EMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITE - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENSION
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

LABORATOIRES J. P. PETIT
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané

ABCÈS-PHLEGMONS DERMATOSES-ANTHRAX
FURONCLES BRÛLURES



REG. COMM. PARIS 75.453

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, et toutes Pharmacies

dans les nodules de l'érythème noueux (*Acta medica Scandinavica*, t. **103**, n° 3-5, 8 Mars 1940, p. 341-372). — On a dernièrement contesté l'exactitude de la pathogénie allergique de l'érythème noueux en se fondant sur la présence de bacilles tuberculeux dans les nodules; il s'agirait d'un processus bactérien spécifique direct et local. W. et G. contestent cette opinion. Ce n'est que très exceptionnellement que des bacilles virulents se rencontrent dans les nodules chez des sujets qui donnent une réaction positive à la tuberculine. En pareil cas, l'éruption est identique, cliniquement et anatomiquement, à celle des érythèmes noueux usuels s'accompagnant d'une réaction positive à la tuberculine. L'éruption de l'érythème noueux est, cliniquement et anatomiquement, identique aussi bien dans les cas donnant une réaction positive que dans ceux donnant une réaction négative à la tuberculine, bien que l'agent provoquant l'allergie soit vraisemblablement différent. L'évolution d'une éruption érythémateuse et la structure histologique du nodule ne concordent pas avec celles du tissu spécifique qu'engendrent les bacilles tuberculeux. Quand bien même les bacilles seraient constamment démontrables dans les nodules, la structure de l'exanthème permettrait néanmoins de supposer que le mode de réaction à l'égard du virus tuberculeux est tout autre que dans les conditions habituelles. Ce mode différent de réaction est déterminé par l'allergie. Comme ce mode de réaction locale, clinique et anatomique, est également constatable dans des érythèmes noueux ordinaires, dans lesquels les bacilles tuberculeux ne sont pas démontrables ou dans lesquels une étiologie tuberculeuse est improbable (cas à réaction tuberculinique négative), on est forcé de déclarer que le mode allergique de réaction est celui qui est le plus capable de produire une éruption et que les bacilles tuberculeux ne sont pas une condition obligatoire de cette éruption. Du moment que les bacilles ne sont pas la condition préalable d'une éruption d'érythème noueux et que ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'on les trouve dans les nodules, on en est réduit à douter qu'ils aient un rôle habituel quelconque dans le développement local du nodule; il faut, au contraire, envisager leur présence comme une manifestation accidentelle de leur existence à l'état latent. Ainsi que les expériences et l'observation clinique en témoignent, la dissémination hématogène des bacilles tuberculeux est un phénomène quasiment constant durant le stade de l'infection tuberculeuse pendant lequel se développe l'érythème noueux. La condition exigeant que des bacilles latents soient, dans certains cas, démontrables en différentes parties du corps, notamment dans la peau, se trouve donc réalisée. La constatation de bacilles dans les nodules, chez quelques sujets atteints d'érythème noueux, ne prouve nullement que le syndrome soit l'expression d'une action directe et locale des bacilles dans la peau et ne s'oppose pas à l'opinion que l'éruption est de nature allergique. Il n'y a donc aucune raison, du fait de quelques constatations isolées de bacilles tuberculeux dans les nodules de l'érythème noueux, d'abandonner l'idée que l'érythème noueux est à considérer, du point de vue pathogénique, comme une manifestation morbide non spécifique et de nature allergique.

P.-L. MARIE.

O. Holsti, Y. Meurman et **M. Virkkunen** (Helsingfors). ***L'amygdalectomie dans le traitement d'urgence des états agranulocytaires avec angine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **103**, n° 3-5, 8 Mars 1940, p. 430-436). — Encouragés par les succès obtenus dans des périamygdalites graves, H., M. et V. ont pratiqué l'amygdalectomie dans quatre cas d'angine agranulocytaire, pendant que l'amygdalite aiguë était peut-être la cause réelle de la phase aiguë agranulocytaire d'une agranulocytose chronique. L'opération fut bien supportée et les malades guérirent. L'amélioration clinique et hématologique rapide obtenue doit susciter de nouvelles tentatives de ce genre. Il semble que ces heureux effets sont dus à la suppression de l'infection qui a causé une baisse dangereuse d'un taux leucocytaire peut-être déjà anormalement bas.

La possibilité d'une rapide guérison à la suite de l'amygdalectomie rend indispensable une enquête approfondie sur la présence éventuelle d'une infection amygdalienne occulte non seulement dans les cas d'agranulocytose aiguë dite cryptogénétique, mais encore dans ceux où certains médicaments sont incriminés.

P.-L. MARIE.

M. G. Cahana et **T. Cahana** (Diociosanmartin, Roumanie). ***L'alopécie et la pelade dans leurs rapports avec les endocrines*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **103**, n° 3-5, 8 Mars 1940, p. 486-500). — C. et C. relatent l'histoire d'un malade de 38 ans, paranoïaque, atteint de pelade généralisée à la suite d'un choc émotif (constatation d'une blennorragie). Du point de vue endocrinien, ils soulignent l'hypergénitalisme (érotisme) avec tendance hyperthyroïdienne et hyperadrénalinergique. L'aspect de l'hypophyse laisse supposer une hypersécrétion de l'hormone somatotrope.

Ils incriminent l'hyperadrénalinémie à l'origine des pelades par choc nerveux. Une décharge brusque et massive d'adrénaline expliquerait les pelades subites : les spasmes artériolaires et capillaires en résultant influenceraient la trophicité du tissu cutané. Ils ont pu réaliser la chute des poils chez des cobayes ayant reçu des injections répétées d'adrénaline à 1/50.000. On peut penser que l'hyperadrénalinémie consécutive aux fortes émotions détermine des modifications dans la portion intermédiaire de l'hypophyse. Un mécanisme identique peut être invoqué pour expliquer les cas de canitie totale survenant après les émotions vives. Comme l'émotion peut produire une pelade ou une canitie, il s'ensuit que chez les peladiques le terrain doit être déjà préparé, un excès d'hormones masculines ou un défaut d'hormones féminines pouvant intervenir. Cette prédisposition peut expliquer la pelade constitutionnelle et héréditaire.

C. et C. discutent ensuite les rapports entre les troubles de la fonction thyroïdienne et la trophicité du système pileux.

Ils font ressortir les analogies existant entre la pelade et le vitiligo. Ils pensent que canitie, pelade et vitiligo ne sont que le résultat d'un processus pathologique plus ou moins semblable. Mais, tandis que dans la pelade le facteur hyperadrénalinémique est une des conditions principales, dans le vitiligo et la canitie, des modifications de la portion intermédiaire de l'hypophyse peuvent être primitives. Un processus traumatique, tumoral, inflammatoire, en général destructif de cette région, peut donc produire un vitiligo ou une canitie sans l'intervention d'une hyperadrénalinémie.

Du point de vue thérapeutique, dans l'alopécie, l'administration d'hormones folliculiniques est indiquée chez les femmes et chez les hommes. Chez ces derniers, pour diminuer la fonction testiculaire, on utilisera aussi les extraits épiphysaires. Dans le cas de pelade, on restreindra, en outre, la fonction médullo-surrénale (acétylcholine, tartrate d'ergotamine, prolan donné avec précaution, extrait de lobe intermédiaire d'hypophyse).

P.-L. MARIE.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

St. J. Leitner (Berne). ***La fièvre ganglionnaire (mononucléose infectieuse) avec étude spéciale de la moelle sternale*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **70**, n° 6, 10 Février 1940, p. 117-122). — L. a procédé à des examens hématologiques complets dans 2 cas de fièvre ganglionnaire avec angine survenue chez deux adultes âgés de 31 et 51 ans. Dans un de ces cas, la maladie a duré un mois. Ces sujets ont présenté une leucocytose moyenne avec une proportion de cellules lymphoïdes atteignant respectivement 80 et 50 pour 100 et comprenant beaucoup de formes atypiques. On a distingué: 1° les lymphoblastes; 2° les gros lymphoïdocytes; 3° les lymphocytes monocytoïdes; 4° les lymphocytes en forme de plasmazelen; et 5° les petits lymphocytes. Les quatre premières formes sont augmentées au début de la maladie puis, ultérieurement, diminuées. Le protoplasma de toutes ces cellules présente une basophilie marquée qui disparaît en même temps que la réaction lymphatique.

Dans la moelle sternale, on a constaté simplement un déplacement vers la gauche des myélocytes témoignant d'un trouble de la maturation, lui-même conséquence d'une hyperfonction splénique. Ce phénomène explique également la leucopénie et la granulocytopénie de la deuxième phase de la maladie. L'agglutination des hématies de mouton (réaction de Hanganatziu-Deicher) a été positive dans un cas.

Dans le frottis de l'amygdale, on n'a trouvé que des germes non pathogènes.

Le virus lymphotrope qui provoque la maladie dans l'enfance, doit évoluer souvent d'une façon silencieuse, mais créer néanmoins une immunité. Le fait que les enfants sont plus souvent atteints, doit être attribué à une réceptivité spéciale pour cet âge, du système lymphatique.

P.-E. MORHARDT.

EUPHORYL

Cachets - Dragées - Intraveineux - Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*

SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ¼ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL INFANTILE

(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age

HIRUDINASE

(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" DE PARIS — ANA — *transférés pour la durée des hostilités :* 34, Av. Victor-Hugo, PARTHENAY (D.-S.)



REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

R. Leriche et **J. Kunlin** (Lyon). ***Physiologie pathologique des gelures. Maladie vaso-motrice, puis thrombosante*** (*Le Progrès Médical*, t. **68**, n° 9-10, 2 Mars 1940, p. 169-170). — La gelure est d'abord un phénomène vaso-moteur : le froid produit la vaso-constriction cutanée qui entraîne l'anesthésie et surtout l'analgésie. L'homme dont les membres gèlent, a froid, et rien de plus. C'est seulement au moment où il quitte ses chaussures ou ses gants qu'apparaît un œdème considérable: le pied ou la main, blancs et insensibles, deviennent rouges, chauds et douloureux. Dès que le froid a cessé d'agir, il se fait une énorme poussée de vaso-dilatation active, avec hyperpulsabilité considérable à l'oscillométrie. La température locale peut atteindre 3° de plus que du côté sain. Ensuite se forment de volumineuses phlyctènes dont le liquide, d'abord clair et citrin, devient vite hémorragique. L'ongle est soulevé de la même façon, il devient violacé et mobile, il est destiné à tomber; et finalement s'installe une gangrène sèche.

Les premiers symptômes sont la conséquence de la vaso-dilatation qui succède à la vaso-constriction en atmosphère chaude. Quant à la gangrène, l'artériographie montre constamment chez les gelés des oblitérations et des irrégularités artérielles qui témoignent de l'oblitération des artères. Les veines sont également bloquées. Le froid produit de grosses lésions vasculaires.

Il n'existe pas de troubles humoraux chez les gelés, mais une anémie prononcée avec leucocytose notable.

Après guérison, il peut persister des lésions artérielles qui pourront être l'amorce d'accidents ultérieurs.

L'expérience de 39 gelés, 6 des mains et 33 des pieds, montre que tous ont été immédiatement soulagés par des infiltrations anesthésiques du sympathique lombaire ou stellaire pratiquées dès leur arrivée. Dès la première injection, l'œdème commence à rétrocéder. On répète les infiltrations les jours suivants : quand il n'y a pas nécrose ou infarcissement, tout est terminé en peu de jours.

Chez un sujet, l'infiltration a produit deux fois un état syncopal de quelques secondes.

Lorsque la gangrène est déjà établie, il y a un moment favorable pour les désarticulations; il faut attendre, mais pas trop, car quand le sillon commence à se creuser, on peut voir survenir d'ennuyeuses complications infectieuses locales.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

G. Livathinopoulo. ***Le syndrome de l'orchite aiguë primitive dans l'enfance*** (*Archives de Médecine des Enfants*, t. **43**, n° 5-6, Mai 1940, p. 142-152). — Dans ce travail, effectué dans le service de clinique chirurgicale infantile du professeur Ombrédanne, L. rappelle tout d'abord que, depuis que cet auteur a introduit le principe d'opérer les enfants présentant un syndrome d'orchite aiguë et a trouvé dans ces cas des torsions du testicule, il est devenu classique d'intervenir dans ce syndrome. Dans les cahiers d'urgence des années 1934 à 1935, on a apporté à la salle d'opération des Enfants-Malades 18 enfants avec le diagnostic d'orchite aiguë.

Le syndrome d'orchite aiguë est ainsi décrit par Fèvre. Le début se caractérise essentiellement par une violente douleur au niveau d'une des bourses, douleur qui persiste, mais atténuée. L'examen de la température indique tantôt une apyrexie, tantôt une fébricule, 38°, parfois une fièvre élevée, 39-40°.

Les signes physiques sont les suivants : œdème considérable d'une des bourses, scrotum épaissi, de teinte rouge ou rosée, souvent douleur au palper, perception d'une grosse masse épididymo-testiculaire, cordon épaissi.

La température, en somme, est assez variable, de même que les autres symptômes, mais le syndrome d'orchite ne répond pas à une lésion anatomo-pathologique toujours identique. Sous l'unité du syndrome d'orchite, existent des lésions variées.

L. publie une série d'observations. 7 d'entre elles se rapportent à des torsions du testicule, 8 autres à des torsions de l'hydatide de Morgagni et 4 enfin sont caractérisées par des affections orchi-épididymaires variées.

Pour les épididymites, Fèvre et Roger Couvelaire ont montré que l'origine pouvait être une infection à colibacilles. Pour les orchites simples, le professeur Ombrédanne n'accepte pas comme cause le bacille de Koch. Il croit que ce sont probablement des torsions passagères du cordon.

La plupart des cas publiés par L. concernent des enfants âgés de plus de 10 ans. Deux d'entre eux, toutefois, ont été provoqués par des torsions testiculaires chez le nourrisson.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

M. Péhu et **M. Dollet** (Lyon). ***L'ictère nucléaire du nouveau-né*** (*Revue Française de Pédiatrie*, t. **15**, n° 4, 1939, p. 349-390). — On distingue sous le nom d'*ictère nucléaire* une entité caractérisée anatomiquement par des altérations des noyaux gris du cerveau, cliniquement par des manifestations nerveuses survenant au cours d'un ictère grave et consistant surtout dans un syndrome d'hypertonie extra-pyramidale.

Se basant sur des observations personnelles et sur de nombreuses observations rapportées dans la littérature d'enfants décédés immédiatement et d'enfants décédés plusieurs mois ou années après la phase aiguë, P. et D. exposent que l'ictère nucléaire représente un syndrome anatomo-clinique spécialement observé chez le nouveau-né. La dénomination a été créée en 1903 par Schmorl, pour caractériser la coloration ictérique, particulièrement accentuée, des noyaux d'origine des nerfs craniens.

Il est l'apanage exclusif de la période post-natale; il est surtout observé dans l'ictère grave familial du nouveau-né (maladie de Pfannenstiel : variété d'érythroblastose). A des époques de la vie autres que la période post-natale, même dans les ictères chroniques, on ne le rencontre pas.

Cliniquement, il est caractérisé par des troubles respiratoires (dyspnée), des troubles de déglutition, de l'inappétence, une apathie générale, de la somnolence et du coma; toutes manifestations survenant au cours de l'ictère grave familial et pouvant amener la mort en quelques jours.

Anatomiquement, il est surtout caractérisé par une coloration jaune intense des noyaux précités et par des lésions cellulaires du type plutôt destructif, inégalement réparties dans les groupes nucléaires.

Lorsque la phase aiguë est passée, une guérison complète est possible. Mais il arrive que, dans un délai de quelques mois, le sujet soit frappé par une arriération psychomotrice qui s'apparente aux encéphalopathies chroniques.

G. Schreiber.

THE LANCET
(Londres)

P. d'Arcy Hart, Gwen Hilton et **Andrew Morland.** ***La Tuberculose chez les étudiants en médecine*** (*The Lancet*, n° 6076, 10 Février 1940, p. 263-269). — Depuis 3 ans, les étudiants en médecine de l'Hôpital de l'Université de Londres subissent des visites médicales périodiques. Pendant ces 3 années, 417 étudiants ont été examinés et 26 d'entre eux furent reconnus porteurs de lésions tuberculeuses. Parmi ces derniers, 17 contractèrent la tuberculose au cours de leurs études, 9 étaient tuberculeux avant de commencer leur médecine. Les lésions trouvées se décomposent de la façon suivante: 13 cas de poumons avec pommelures, 4 cas d'ombres « en coin » représentant un foyer initial, 5 cas de pleurésie, 2 cas de lésions excavées et 2 cas de tuberculose non pulmonaire.

Dans la plupart des cas les signes cliniques étaient nuls, et ce n'est que l'examen radiologique systématique qui permit de les découvrir.

Ceux des étudiants qui acceptèrent d'être soignés en sanatorium guérirent et purent reprendre leurs études.

D'une façon générale ces examens systématiques furent bien acceptés, 98 pour 100 des étudiants s'y soumirent et demandèrent que, malgré la guerre, ce dépistage de la tuberculose fût continué.

André Plichet.

Raymond Greene. ***Pieds gelés et pieds de tranchée*** (*The Lancet*, n° 6077, 17 Février 1940, p. 303-305). — Les pieds gelés et les pieds de tranchée sont dus à la même cause. Les pieds gelés sont produits par un froid extrême associé ou non à un vent intense ou à un manque d'oxygène, comme a pu l'observer G., qui fut le médecin de l'expédition anglaise du Mont-Everest, en 1933. Le pied de tranchée résulte d'un froid peut-être moins vif, associé à l'humidité et à l'inactivité musculaire.

Dans les deux cas, les lésions sont dues primitivement au froid, secondairement à l'œdème et même à des hémorragies par rupture des vaisseaux sanguins.

Les symptômes du pied de tranchée se signalent d'abord par un engourdissement du pied et par une douleur plus vive quand l'homme change de chaussures. La peau est d'abord blanche, ensuite tachetée et violacée, des phlyctènes apparaissent, contenant un liquide jaunâtre ou sanglant et laissant à leur place des ulcères indolents. Les orteils deviennent noirs et les ongles tombent. Habituellement, la gangrène humide s'ensuit. Il y a également des troubles de sensibilité, anesthésie et paresthésie.

Dans la gelure des pieds, le début est plus rapide. C'est d'abord une sensation de brûlure. La peau est blanche ou cireuse comme si elle avait été gelée par le chlorure d'éthyle. Les symp-

LA PASSIFLORINE REAUBOURG

EST UN MÉDICAMENT COMPLET DES DYSTONIES NEUROVÉGÉTATIVES PAR LA TRIADE **AUBÉPINE SAULE PASSIFLORE**

PASSIFLORE

SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE ET VAGALE

AUBÉPINE

SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

SAULE

SÉDATIF DE L'EXCITABILITÉ VAGALE

ELLE SUFFIT DANS LA PLUPART DES CAS A ASSURER L'ÉQUILIBRE NEUROVÉGÉTATIF



DANS LES CAS REBELLES OU LORSQU'INTERVIENNENT DES CAUSES PROFONDES

LES COMPRIMÉS DE

NÉO-PASSIFLORINE

AJOUTENT A L'ACTION CALMANTE DE LA TRIADE

PASSIFLORE-AUBÉPINE-SAULE

UNE MODIFICATION IONIQUE
(FIXATION DE L'ION CALCIUM)

UN REDRESSEMENT DE L'ÉQUILIBRE HUMORAL
(PEPTONES POLYVALENTES)

UNE ACTIVATION DE LA FONCTION ANTITOXIQUE DU FOIE
(HYPOSULFITE DE MAGNÉSIE)

G. REAUBOURG & Cie DOCTEUR EN PHARMACIE
115, RUE DE PARIS, A BOULOGNE-SUR-SEINE

tômes physiques peuvent rester à ce stade. Mais parfois, après un intervalle variable, des douleurs surviennent en même temps qu'apparaît l'hypoesthésie régionale. Après des semaines et des mois, les ongles peuvent tomber. Dans d'autres cas, la gangrène peut se montrer. La peau devient rouge, puis noire, et graduellement la partie mortifiée se sépare du vif. Dans d'autres cas encore, on assiste, comme dans les pieds de tranchée, à l'installation d'une gangrène humide.

La prévention des pieds de tranchée et des pieds gelés est souvent possible, même dans les pires conditions. Le mauvais état physique, les affections cardiaques ou circulatoires, le diabète sont des causes prédisposantes qu'il est possible d'éliminer par la sélection des sujets. Les bandes molletières sont à proscrire, mais il faut également veiller aux chaussures qui peuvent serrer et blesser les orteils. Le cuir des chaussures doit être rendu souple par des applications fréquentes de parafine ou de corps gras. Smith, Ritchie et Dawson, en 1915, recommandaient d'écourter autant que possible le séjour des hommes dans les tranchées pendant les mois froids et humides.

Quant au traitement, il est essentiel de ne pas augmenter l'œdème par des applications de chaleur ou par le frottement avec de la neige. Les bains chauds amènent souvent une infiltration diffuse des téguments. Il faut mettre le sujet au repos, s'efforcer de ramener doucement la circulation dans les membres atteints, en les enveloppant de compresses stériles et de lainages. Lorsque l'œdème sera résorbé et la circulation rétablie, on pourra à ce moment penser à un traitement par les ondes courtes ou à une mobilisation passive à l'aide d'une machine spéciale. Ce dernier traitement, fort en honneur aux Etats-Unis, a des résultats douteux pour G. Enfin, quand la gelure survient en altitude, l'inhalation d'oxygène est à recommander.

André Plichet.

Ch. Don, Reginald W. Luxton, H. R. Donald, W. A. Ramsay, Donald W. Macartney, G. Stewart Smith et **C. H. Adderley**. ***Le traitement de la pneumonie par le M et B 693 avec ou sans sérum spécifique*** (*The Lancet*, n° 6077, 17 Février 1940, p. 311-314). — Sur une série de 234 pneumonies lobaires à pneumocoque du type I et II, les chiffres suivants furent obtenus: 78 cas traités par les vieilles méthodes, 21 morts; 119 cas traités par le 693 seul, 7 morts; 37 cas traités par le 693 et le sérum antipneumonique, 3 morts.

Chez les sujets âgés de plus de 55 ans le traitement par le seul 693 est très encourageant et dans la pneumonie à type III qui est très fréquente chez les gens âgés, le médicament réduit la mortalité habituelle. D'une façon générale, le 693 employé seul donne de meilleurs résultats que lorsqu'il est employé avec le sérum. Mais le nombre des cas traités est trop petit pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes.

Sur 15 cas de pneumonie avec présence de pneumocoques dans le sang, traités par les anciennes méthodes, la mortalité fut de 9, tandis que sur 16 cas, traités par le 693, la mortalité ne fut que de 4.

Le traitement par le 693 seul ou par le 693 associé au sérum semble empêcher les complications.

La posologie fut la suivante : 2 *g.* par voie buccale dès le diagnostic posé et 1 *g.* toutes les 4 heures. Cette médication fut continuée 48 heures après la chute de la température.

Le sérum spécifique fut administré de la façon suivante: au-dessous de 40 ans, dans les premières 96 heures 50.000 unités en injection intraveineuse, au-dessus de cet âge, 100.000 unités.

André Plichet.

Arnold K. Henry. ***Une technique pour enlever l'embolus de l'artère pulmonaire*** (*The Lancet*, n° 6078, 24 Février 1940, p. 349-352). — En se basant sur trois cas qu'il a opérés, H. indique la technique qu'il faut adopter pour cette opération.

Il faut faire un volet thoracique assez large pour ne pas être obligé de travailler dans la profondeur et une incision épigastrique permettant d'aller masser le cœur à travers le diaphragme en cas de besoin. Une large résection de la 2e côte gauche donne un accès oblique sur le tronc de l'artère pulmonaire et par cette ouverture on peut mobiliser le sommet du poumon et le récliner en arrière dans son sac pleural. Un coussin sous l'épaule gauche donne davantage de jour. On recherche le sinus transverse de Theile. Sans passer de sonde ni de garrot, on attire avec le doigt l'artère pulmonaire dégagée de l'aorte. On fait une petite incision en comprimant avec le doigt et on introduit une canule aspiratrice. L'hémostase se fait en serrant à l'aide de deux pinces les lèvres de l'incision sur la canule et on aspire jusqu'à ce que la circulation soit rétablie dans l'artère. Si besoin en est, on fait une injection d'adrénaline dans l'oreillette gauche et on pratique le massage transdiaphragmatique du cœur par l'ouverture abdominale.

André Plichet.

W. Gissane, Donald Blair et **B. K. Rank**. ***Fractures du col du fémur au cours de la thérapeutique par les convulsions*** (*The Lancet*, n° 6080, 9 Mars 1940, p. 450-453). — Kennedy, en relatant les résultats du traitement de Meduna appliqué à 1.000 malades, ne fait aucune mention des fractures dans les complications. Meduna et Friedmann sont sobres d'explications sur les complications mécaniques de leur traitement. On connaît maintenant dans ces complications les fractures des vertèbres. G., B. et R. ont retrouvé dans la littérature médicale 30 cas de fracture du col du fémur, dont 7 cas de fracture bilatérale. Ces fractures sont surtout des fractures intracapsulaires. Les fractures du grand et petit trochanter sont rares ainsi que le décollement épiphysaire et la dislocation de l'articulation de la hanche.

Ces fractures sont dues aux contractions musculaires. Ce traitement doit donc être appliqué avec précaution aux sujets qui sont ou bien âgés ou bien confinés au lit depuis de longs mois chez qui la substance osseuse est raréfiée. Cette médication ne doit pas non plus être appliquée indéfiniment et l'on doit examiner systématiquement le squelette osseux après chaque crise. Une telle complication, après consolidation, ne doit pas empêcher la continuation du traitement s'il est absolument nécessaire.

André Plichet.

PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

Mariano R. Castex, L.-E. Camponovo et **J.-M. Borda**. ***Un cas de pellagre*** (*Prensa Medica Argentina*, an. 27, n° 7, 14 Février 1940, p. 333-353). — Décrite pour la première fois en 1730, par le médecin espagnol Gaspar Casal, la pellagre, jusqu'ici considérée comme une affection à évolution fatale, semble devoir, à la lumière des acquisitions thérapeutiques nouvelles, avoir un pronostic moins grave, C., C. et B. en ont pour la première fois observé un cas typique dans leur service. Le fait mérite d'être mentionné, étant donné l'extrême rareté de cette affection en Argentine.

Il s'agit d'une malade de 34 ans, entrée le 13 Mai 1939 dans le service. Dans les antécédents on relève un fait important : un avortement en 1937. Celui-ci eut des conséquences psychiques certaines. La maladie actuelle débute il y a environ un an et demi, à la suite d'une brusque contrariété, par de la mélancolie, coïncidant avec une période d'aménorrée de huit mois. Simultanément, la malade présente de l'inappétence, de la faiblesse musculaire l'obligeant à garder le lit. Deux mois après apparaissent des troubles intestinaux. Cinq mois après le début de la maladie, elle note la présence en diverses parties du corps d'un érythème squameux, non prurigineux ou douloureux. L'année 1938 se passe en consultations et traitements divers. A son entrée dans le service, elle a perdu 25 *kg.*

Actuellement, la malade se présente en état de dénutrition marquée et d'hypothermie. Son poids est de 41 *kg.* La peau est blanche, sèche, sauf sous la plante des pieds, et présente les réactions classiques. Un examen clinique complet montre l'atteinte de différents organes.

En présence de cette malade, les auteurs instaurent le traitement suivant :

1° Régime alimentaire à prédominance carnée, un jus de citron par jour;

2° Acide nicotinique (en ampoules de 2 *cm*³ équivalant à 50 *mg.* chacune) par voie intramusculaire (10 injections en tout). Un mois après la dernière injection, on reprend le traitement par voie orale (un comprimé d'acide nicotinique à 25 *mg.* par jour durant 10 jours);

3° Trois tablettes par jour de levure de bière et X gouttes de solution de fer avant chaque repas;

4° Une série de 10 ampoules de Bétaxine P, associée à 10 injections de gluconate de calcium, vint à bout des troubles de la sensibilité.

Le 15 Août, la malade est guérie. Elle a augmenté de poids (8 *kg.* 500) et elle est en condition parfaite à sa sortie de l'hôpital.

Robert Coronel.

A.-P. Hendtlass et **O. Carré**. ***La calcification des cartilages costaux et l'évolution de la tuberculose pulmonaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. 27, n° 7, 14 Février 1940, p. 365-369). — Après avoir résumé les opinions des différents auteurs sur cette question, H. et G. nous présentent, sous forme de tableaux, les résultats de leurs investigations. Celles-ci, basées sur l'observation méthodique de 1.136 cas, les amènent aux conclusions suivantes : Les calcifications costales augmentent en proportion de l'âge, sont très fréquentes vers 30 ans. La lésion anatomo-clinique n'est pas influencée, et vice-versa, par la calcification des cartilages. De même, l'évolution de la tuberculose n'est en aucun cas aggravée ou retardée par la calcification des cartilages costaux.

Robert Coronel.

REVISTA MEDICA DE ROSARIO
(Rosario de Santa Fé)

J. Ludmer. ***La glycémie dans l'asthme*** (*Revista Medica de Rosario*, an. 29, n° 10, Octobre 1939, p. 1103-1108). — Après avoir étudié le taux de la glycémie sur 10 asthmatiques jeunes, dont les crises normalement étaient rapidement jugulées par l'adrénaline, L. arrive aux conclusions suivantes :

Chez certains types d'asthmatiques, on constate durant la crise une véritable hypoglycémie. Celle-ci oscillant entre 0,50 et 0,75. Cette hypoglycémie peut être considérée comme un symptôme prémonitoire de la crise. L'élévation du taux de la glycémie est considérée par l'auteur comme une preuve de l'action thérapeutique de la médication sur l'accès. Mais jusqu'à présent aucune des recherches entreprises par L. ne lui permet de penser que la crise soit directement imputable à ce phénomène.

Robert Coronel.

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

3 Dosages : 10 ctg - 5 ctg - 1 ctg 1/2

LABORATOIRES GÉNÉVRIER - 45, Rue du Marché, NEUILLY-PARIS.



J.-C. Tettamanti. ***Traitement hormonal de l'adénome prostatique*** (*Revista Medica de Rosario*, an. 30, n° 2, Février 1940, p. 197-207). — T. a soumis à un traitement hormonal par le propionate de testostéron 20 malades dont l'âge oscillait entre 52 et 83 ans. Il divise ses malades en prostatiques au premier degré (8); en malades atteints de rétention incomplète sans infection ni distension (4); de rétention incomplète sans infection, mais avec distension (5); de rétention chronique complète (2), et enfin de rétention complète aiguë (1).

Les malades de la première catégorie reçurent une dose initiale variant entre 30 et 125 *mg.* d'hormone, et ensuite, durant 10 jours, 8 à 10 *mg.* La dysurie disparut en général. La pollakyurie et la congestion prostato-vésicale furent très retardées. Cependant, les résultats ne sont pas définitifs et la cessation du traitement peut souvent faire réapparaître les troubles. Tous les autres malades furent très légèrement améliorés, mais avec des doses quotidiennes très fortes.

En conclusion, l'auteur pense que le traitement hormonal ne résout pas le problème de la guérison définitive, les résultats obtenus étant éphémères dans la presque totalité des cas.

Robert Coronel.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

H.W. Bull (Melbourne). ***Le sérum d'adulte conservé dans la prophylaxie de la rougeole*** (*The Medical Journal of Australia*, vol. 1, t. 27, n° 7, 17 Février 1940, p. 228-232). — La rougeole avait à peu près disparu pendant trois ans de la ville de Melbourne et de la province de Victoria; ce phénomène ne s'était pas produit depuis plus de vingt ans, lorsqu'elle fit sa réapparition en Février 1939. La majorité des premiers cas furent sévères.

La séro-prophylaxie et la sérothérapie précoce furent pratiquées avec du sérum d'adulte recueilli trois ans auparavant, dans 104 cas, et de six à neuf mois avant pour les autres. Le sérum conservé pendant trois ans a paru tout aussi efficace que les plus récents.

258 enfants exposés à la contagion familiale reçurent ce traitement préventif. La majorité avaient de 1 à 4 ans, 9 avaient moins de 6 mois, 26 de 6 à 18 mois, 78 avaient de 1 à 2 ans. La dose injectée varia de 10 à 20 cm^3, avec une moyenne de 15 cm^3. Dans cette série, 67 échappèrent à la maladie, 151 la contractèrent dans une forme atténuée et sans complications, 37 eurent une forme moyenne et 3 seulement des formes graves, 1 avec broncho-pneumonie. La proportion des enfants qui, à la suite de la sérothérapie préventive, n'eurent pas la rougeole, est d'un tiers plus grande jusqu'à 2 ans, un cinquième chez les plus grands. Parmi les enfants au-dessous de 6 ans, n'ayant pas eu de sérum de convalescent d'une façon préventive, 10 pour 100 eurent des complications graves nécessitant l'admission à l'hôpital et 2 moururent.

Dans un internat où étaient 49 enfants entre 3 et 7 ans, 17 de moins de 4 ans reçurent une injection de sérum de convalescent; tous eurent des formes légères ou atténuées; 5 enfants, âgés de 5 et 6 ans, ne contractèrent pas la maladie, mais ils avaient pu l'avoir auparavant. Parmi les 27 cas non traités, il y eut 6 cas de broncho-pneumonie, 1 avec décès.

La sérothérapie des jeunes enfants, pratiquée le quatrième jour de l'éruption, semble avoir une action protectrice contre les complications. Cette méthode est particulièrement recommandable chez les enfants en état de moindre résistance.

Robert Clément.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

P. Martin (Bruxelles). ***La chirurgie de l'acromégalie*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 6ᵉ série, t. 5, n° 1, 27 Janvier 1940, p. 63-71). — Un homme de 44 ans, ayant depuis trois ans une polyphagie et une polydipsie progressives, des céphalées, une augmentation du volume des mains et des pieds et une disparition de l'activité génitale, éprouva brusquement une violente douleur dans l'œil, avec perte de connaissance suivie de cécité de cet œil. Pas de lésion du fond d'œil, paralysie complète de l'oculo-moteur commun avec ptosis à droite, diminution de l'acuité visuelle et hémianopsie temporale à gauche. Elargissement en ballon de la selle turcique. Glycosurie de 5 *g.* 4.

Une intervention fut pratiquée, consistant en l'ablation, par voie haute frontale, d'une hypophyse accessoire juxta-chiasmatique, siège d'une hyperplasie acidophile. Elle fit régresser non seulement tous les signes d'hyperpituitarisme, mais encore de l'hypertrophie radiologique de l'hypophyse. Deux ans et demi plus tard, la vision est restée nulle à droite, le champ visuel est redevenu normal à gauche, ainsi que l'acuité visuelle. Les déformations acromégaliques ont fortement rétrocédé, la polyphagie et la polydipsie ont complètement disparu; le caractère, qui s'était altéré, est redevenu jovial; les troubles sexuels ont disparu.

Les indications opératoires dans l'acromégalie doivent être élargies: il ne faut pas réserver l'intervention aux cas présentant des signes de compression du chiasma; il est également justifié d'intervenir pour les troubles endocriniens.

Robert Clément.

P.-P. Lambert (Bruxelles). ***Traitement de la maladie d'Addison par l'implantation sous-cutanée de comprimés d'hormone synthétique*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 6ᵉ série, t. 5, n° 2, 24 Février 1940, p. 136-163). — Deux observations de maladie d'Addison montrent l'efficacité de l'hormone cortico-surrénale synthétique, aussi bien au cours des crises aiguës d'insuffisance surrénale que pendant les périodes d'insuffisance cortico-surrénale chronique.

L'amélioration clinique se traduit par la diminution très nette de la fatigabilité, l'augmentation de la force musculaire, du poids et de l'appétit, la disparition des douleurs lombaires et de la frilosité, la hausse de la tension artérielle et parfois la diminution de la pigmentation. Elle s'objective par des examens de laboratoire : après quelques jours, la chlorurie diminue alors que la chlorémie s'élève.

L'action de l'acétate de désoxycorticostérone est manifestement plus rapide et plus complète que celle des extraits totaux.

L'implantation sous-cutanée de comprimés d'hormone synthétique a permis d'obtenir un effet thérapeutique identique avec des doses totales inférieures de moitié à celles administrées par solution huileuse du même produit. En outre, lorsque l'activité du greffon commence à fléchir, c'est-à-dire avant que sa résorption soit complète, apparaissent des signes d'alarme qui imposent l'implantation d'un nouveau comprimé: hypotension discrète et diminution de l'appétit. Au contraire, l'interruption brusque du traitement par injection de solution huileuse peut conduire rapidement à l'insuffisance surrénale aiguë sans que l'on en soit averti par des symptômes prémonitoires.

On peut obtenir des résultats excellents avec des doses faibles d'acétate de désoxycorticostérone (2 *mg.* par jour en solution huileuse ou en 1 ou 2 comprimés de 100 *mg.* en implantation sous-cutanée. Des doses trop fortes peuvent déterminer des troubles de la chlorémie.

L'évolution de la maladie au cours de deux ans chez un des sujets a montré nettement qu'avec le temps le traitement hormonal devient de plus en plus nécessaire et les périodes d'hormonothérapie de plus en plus rapprochées.

Robert Clément.

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA
(Sao-Paulo)

J.-P. Carvalho Lima et **Maria Arantes.** ***Hémoculture au milieu appelé « Liquoïde »*** (*Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, vol. 34, n° 2, Février 1940, p. 87-94). — Le Liquoïde, ainsi dénommé par C. L. et A., est un produit synthétique anticoagulant, de propriété légèrement identique à celle de l'*Hirudine*, principe actif de la sangsue. Il appartient à la catégorie des substances aromatiques. La structure moléculaire élevée est affiliée à la *novirudine* pure. 1 cm^3 de Liquoïde à 1 pour 100 en solution physiologique, empêche la coagulation de 4 cm^3 de sang. En plus de son pouvoir anticoagulant, le produit détruit la fonction bactéricide du sang, si bien qu'un milieu de culture formé par l'association Liquoïde-sang du malade devient idéal pour les hémocultures en général. C. L. et A. ont pratiqué des hémocultures en série avec différents germes pathologiques. Ils ont obtenu, entre autres résultats, une hémoculture positive dans un cas de tuberculose et des renseignements encourageants dans des cas de lèpre. Ce milieu, par contre, semble inhiber le développement de *Neisseria intracellularis*, alors que les germes entériques et en particulier cocci et bacille de Pfeiffer se multiplient rapidement.

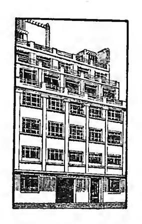
Robert Coronel.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

H.A. Schroeder et **G.W. Fish.** ***Recherches sur l'hypertension essentielle. Effet de la néphrectomie sur l'hypertension associée à une affection rénale organique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 199, n° 5, Mai 1940, p. 601-616). — On rencontre de l'hypertension chez des malades dont les reins présentent des lésions variées et qui ont de l'insuffisance rénale. Des lésions semblables se voient chez des hypertendus sans insuffisance rénale. Ces lésions semblent jouer un rôle dans la présence de l'hypertension, car on a constaté la chute de la pression sanguine à la suite de l'ablation d'un rein porteur de semblables lésions, surtout chez de jeunes sujets atteints de pyélonéphrite. Néanmoins, les résultats obtenus sont encore trop peu sûrs pour que l'on puisse en tirer des déductions précises.

Aussi S. et F. ont-ils pratiqué une néphrectomie chez 7 malades jeunes présentant de l'hypertension associée à des lésions organiques du rein : hydronéphrose, pyélonéphrite chronique, etc... On nota une amélioration marquée chez 2 d'entre eux et légère chez 2 autres, mais tous restent des hypertendus réels ou virtuels. Ces résultats indiquent que le rein lésé n'était pas la seule cause de l'hypertension: un autre facteur intervient dans la genèse de l'hypertension de ces malades.

Cette thérapeutique doit être réservée aux malades chez lesquels l'hypertension est d'apparition récente (moins de deux ans), qui sont porteurs de lésions confinées à un seul rein et de nature telle qu'elles entraînent une diminution de la fonction de ce rein; cette fonction rénale, mesurée par le pouvoir de concentration des deux reins et par l'épreuve de l'épuration uréique, doit rester dans



LES LABORATOIRES

CRINEX-UVÉ

continuent la fabrication de tous leurs produits :

OPOTHÉRAPIQUES :

CRINEX	biosymplex ovarien total	**PANPHYSEX**	bios^x hypophysaire total
OREX	biosymplex orchitique total	**FLAVEX**	biosymplex luteïnique total
FRÉNOVEX	— lutéo-mammaire	**MÉTREX**	biosymplex endomyométrial

RECONSTITUANTS

Gouttes UVÉ — **UVÉSTÉROL**

La qualité de ces préparations est garantie, comme auparavant, par de multiples contrôles. Les pharmaciens sont régulièrement réapprovisionnés.

LABORATOIRES CRINEX - UVÉ



1 av. du Dr Lannelongue, Paris 14^e

des limites normales; la rétinite doit faire défaut, ainsi que des modifications notables du calibre des vaisseaux rétiniens. C'est dire que fort peu de sujets en sont justiciables. P.-L. Marie.

H.M. Pollard et T. Harvill. ***Infarctus du myocarde sans douleur*** (*The American Journal of the medical Sciences*, **t. 199**, n° 5, Mai 1940, p. 628-635). — Dans ces dernières années, on a pu constater que l'occlusion d'une artère coronaire de gros calibre ne s'accompagne pas toujours de la douleur qui caractérise ordinairement cet accident. Sur 375 cas d'infarctus du myocarde observés à l'hôpital de Ann Arbor, où le diagnostic fut posé d'après les caractères cliniques, les tracés électrocardiographiques et les constatations nécropsiques, on a noté dans 17 cas (4,5 pour 100) d'occlusion coronarienne certaine, l'absence de douleur, d'oppression sous-sternale et de tout autre symptôme « angineux ».

Il faut y ajouter 15 autres cas (4 pour 100) où il n'y eut ni douleur ni symptômes angineux et où l'existence d'un infarctus myocardique était très probable, bien que les constatations électrocardiographiques ne fussent pas pathognomoniques. Ainsi, de l'avis de P. et de H., l'occlusion indolore des coronaires serait assez rare.

Parmi les symptômes notés au moment de l'accident dans les 17 cas certains, les plus fréquents furent la dyspnée, les nausées et l'évanouissement ou le collapsus. P.-L. Marie.

K.W. Stenstrom, P.H. Hallock et C.J. Watson. ***Résultats négatifs de la radiothérapie du pylore et de la zone à glandes de Brunner dans la polycythémie vraie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t **199**, n° 5, Mai 1940, p. 646-650). — Morris et Hitzenberger ont soutenu que dans la polycythémie vraie la surproduction des hématies est due à une élaboration excessive du principe antipernicieux (facteur intrinsèque de Castle), état dont l'opposé est l'anémie pernicieuse dans laquelle la formation de ce facteur hémopoïétique est inhibée. Singer, partant de cette hypothèse, a fait avec succès une gastrectomie dans un cas de polycythémie vraie. Hitzenberger, pour restreindre l'excès de ce facteur intrinsèque, a irradié l'estomac de deux malades avec un bénéfice passager. Andersen, Geill et Samuelson disent avoir obtenu de bons résultats avec l'irradiation du pylore et du duodénum. S., H. et W., en suivant la même méthode et en utilisant une dose de rayons bien plus forte, n'ont noté que des résultats négatifs chez quatre patients atteints de polycythémie vraie. Le chiffre d'hématies ne fut en rien influencé, non plus que le taux d'hémoglobine, le volume des globules ni la masse sanguine. P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF RŒNTGENOLOGY AND RADIUM THERAPY

(Détroit)

A.O. Hampton, B. Castleman. ***Rapports entre les constatations d'autopsie et la téléradiographie post mortem du thorax, en particulier dans les cas d'embolies et d'infarctus pulmonaires*** (*American Journal of Rœntgenology and Radium Therapy*, **t. 43**, n° 3, Mars 1940, p. 305-326). — H. et C. considèrent que l'examen radiologique *post mortem* apporte une contribution importante à la pathologie.

Ils exposent la technique de cet examen à l'aide de la téléradiographie et la préparation des poumons par insufflation et injection de formaline, préparation qui a pour but d'établir un rapport exact entre les lésions anatomiques et leur traduction sur le cliché.

Une étude portant sur plus de 3.500 autopsies a rappelé l'attention sur la fréquence apparente (plus grande dans les cas médicaux que dans les cas chirurgicaux) des embolies et infarctus pulmonaires dont les auteurs passent en revue l'anatomopathologie macroscopique et microscopique.

En ce qui concerne les infarctus, ils en étudient les formes, dimensions, localisations habituelles, et notent leur siège généralement périphérique ; les infarctus pulmonaires sont toujours en effet au contact de la plèvre et leur grand axe est parallèle à la plus longue des surfaces pleurales intéressées, leur bord cardiaque étant convexe ou en forme de « bosse ». En voie de guérison, ou guéris, les infarctus se traduisent par des images linéaires sur les clichés.

H. et C. se proposent de désigner sous le terme d'« infarctus incomplet » un syndrome caractérisé par : douleur pleurale, crachats hémoptoïques (ces deux signes pouvant exister ensemble ou isolément), apparition et disparition rapides d'une image d'infarctus sans destruction de la paroi alvéolaire ; c'est là un syndrome analogue aux lésions provoquées expérimentalement et qui avait jusqu'ici échappé à la clinique.

Bien que les données cliniques concernant les cas étudiés ne soient pas absolument complètes, il est évident pourtant que: *a*) les manifestations cliniques sont souvent insuffisantes pour permettre de porter un diagnostic d'infarctus; c'est ainsi que la douleur pleurale, les crachats sanglants, une cause précise d'embolie, peuvent faire défaut. Si pourtant un de ces signes existe, il est possible, avec les constatations radiologiques à l'appui, de porter un diagnostic; *b*) du fait que dans un tiers des cas d'infarctus il s'agit de sujets qui n'ont pas été opérés et n'ont aucune manifestation d'affection cardiaque, il y a lieu de penser à la possibilité d'un infarctus chez les sujets allant et venant avec une affection pulmonaire; *c*) il est important de préciser le diagnostic d'infarctus en raison des dangers d'un embolus fatal que l'on cherchera à éviter par un traitement approprié. Morel-Kahn.

I. J. Macy, L. Reynolds, H. J. Souders, M. B. Olson. ***Les variations normales du transit gastro-intestinal chez les enfants bien portants*** (*American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, t. **43**, n° 3, Mars 1940, p. 394-403). — L'examen radiographique en série de 7 enfants (de 6 ans et 2 mois à 9 ans et 9 mois), pratiqué à l'aide de repas d'épreuve types (2 onces de sulfate de baryum dans 4 onces d'eau ou 4 onces de lait), donnés à la température du corps, a montré que les variations du transit, quoique assez larges pour les différents sujets, n'étaient pas aussi différentes que celles que produisent les milieux utilisés.

Les observations recueillies ont permis de mieux comprendre la physiologie et le métabolisme de chaque individu, d'envisager ce que l'on peut considérer comme des variations normales, et de mieux interpréter les données radiologiques dans les troubles de fonctionnement du tube digestif.

Les résultats obtenus sont d'autant plus intéressants qu'ils concernent des sujets ayant pendant longtemps mené la même vie, ayant eu une alimentation bien connue (renfermant les quantités voulues de sels minéraux, de vitamines B et D et d'autres aliments) et des évacuations surveillées, et chez lesquels les examens furent pratiqués au même moment et à la période de l'année considérée comme le plus favorable, après un entraînement tel aux pratiques de la radiologie et du métabolisme qu'ils étaient devenus des collaborateurs fidèles, sans crainte ou appréhension.

Le repas lacté provoquait une tonicité et un péristaltisme plus marqués de l'estomac et une augmentation de la durée d'évacuation; de même, le transit intestinal est retardé, notamment au niveau de l'iléon.

M. et R. ont observé, lors du repas lacto-baryté, qu'il existait des variations notables suivant les sujets, à partir d'une différence d'âge de dix-huit mois. C'est là sans doute un phénomène physiologique, fonction de la croissance ou le résultat d'une préparation moins prolongée des sujets.

174 clichés pris de ce groupe de sujets particulièrement contrôlés ont permis de constater que la durée moyenne de l'évacuation gastrique était de 1,9 heure pour le repas baryté aqueux (de 1 à 2,8 heures) et de 3,1 heures pour le repas baryté lacté (de 1,5 à 4,5 heures). On considère que la durée habituelle de l'évacuation gastrique varie de 3 à 6 heures suivant l'état émotionnel du sujet, la nature de l'alimentation et divers autres facteurs.

Dans tous les cas, sauf un, le repas baryté aqueux a pénétré dans le jéjunum au cours des douze minutes ayant suivi l'ingestion; il a été évacué en 2,4 heures en moyenne (3,4 heures pour le repas baryté lacté).

Il n'a été relevé aucune différence appréciable dans la durée d'évacuation du côlon (clichés pris 24, 48 et 72 heures après ingestion), de telle sorte que l'on peut admettre que la compensation des durées d'évacuation s'opère dans le grêle au cours des premières 24 heures. Morel-Kahn.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE

(Milan)

E. Cappelli (Gênes). ***L'hypervitaminisation locale de la peau et son action en dermatologie*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, **t. 61**, n° 10-11, 10-17 Mars 1940, p. 222-228). — Les vitamines ont des propriétés si complexes qu'elles peuvent agir dans des affections autres que les hypo- ou les avitaminoses; on a déjà fait d'assez nombreuses recherches sur l'action des vitamines administrées par voie buccale ou par injection dans certaines affections cutanées; C. a employé une autre voie, la voie percutanée en appliquant avec ou sans friction préalable la vitamine dans un excipient approprié; il a déjà été démontré que les vitamines peuvent être ainsi absorbées, mais il restait à déterminer si elles pouvaient agir localement. Sur les lésions provoquées par un vésicatoire, la vitamine A est plus active que la D, tandis que B_1 et C sont sans effet; la vitamine A ou une pommade à l'huile de foie de morue ont la même action favorable sur les scrofulides ulcérées, les ulcères par stase; aucune des 4 vitamines A, B_1, C et D, n'agit par voie locale sur les pyodermites aiguës ou sur le psoriasis; par voie générale, A, D et C ont parfois une certaine action sur le psoriasis; par voie veineuse, de fortes doses de vitamine C influencent favorablement les signes subjectifs et objectifs du zona. Sur les pigmentations produites par les rayons ultra-violets ou consécutives à des dermatoses, l'hypervitaminisation locale ne donne pas de résultats constamment nets; la vitamine A, localement ou mieux par voie générale, est celle qui a l'action la plus énergique; la vitamine D exagérerait plutôt la pigmentation. Dans les états séborrhéiques cutanés, la vitamine D est la seule qui agisse ; son action se limite à la zone d'application; par voie générale, la vitamine B_1 est seule efficace. Lucien Rouquès.

ENDOCRINOLOGIA E PATOLOGIA COSTITUZIONALE

(Milan)

V. Cazatto (S. Mara di Leuca). ***L'habitus phtisique dans l'enfance et ses rapports avec la tuberculose des ascendants et l'infection tuberculeuse latente*** (*endocrinologia e Patologia Costituzionale*, v. **14** (Nuova serie), Décembre 1939, fasc. 6, p. 431-454). — C. étudie, selon la méthode anthropométrique clinique de Viola, le développement corporel quantitatif et qualitatif de 200 en-

SUNALCOL

Solution alcoolo-acétonique à 2 % de

CHLORHYDRATE d'O. OXYQUINOLÉINE

ANTISEPTIQUE DÉSODORISANT

Remplace la Teinture d'Iode. Ne tache pas.

Préparation des champs opératoires.

Asepsie des plaies.

PRÉSENTATION { SUNALCOL non coloré.
SUNALCOL coloré pour l'emploi en chirurgie.

Produits Spécialisés des Établissements KUHLMANN

S. THIÉRY, Pharmacien
19, RUE FRANKLIN, PARIS (XVIe)

Service Commercial :
15, RUE DE LA BAUME, PARIS (VIIIe)

MARQUE R. A. L.

fants de tuberculeux et de 200 enfants de parents sains, appartenant tous à la même région et à la même classe sociale. Ses recherches montrent que les résultats obtenus dans l'un et l'autre groupe se correspondent parfaitement. Aucune différence n'existe entre les infectés et ceux à cuti-réaction négative. La conclusion de ce travail est que ni la tuberculose des parents, ni l'infection latente infantile ne sont responsables de la détermination des stigmates caractéristiques de l'habitus phtisique.

MARCEL LAEMMER.

T. Galli (Gênes) et **L. Raffo** (Gênes). ***L'hormone sexuelle mâle et le système nerveux végétatif*** (*Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, vol. 14 (Nuova serie) Décembre 1939, fasc. 6, p. 461-478). — G. et R. donnent les résultats de leurs recherches sur les rapports existant entre l'hormone sexuelle masculine et le système neuro-végétatif. Pour ce faire, ils ont étudié l'action du proprionate de testostérone sur la courbe glycémique insulinique et adrénalinique. D'après les résultats obtenus, ils font l'hypothèse suivante : l'hormone mâle stimulerait le vague et inhiberait le système sympathique; dans le cas d'hypertonie vagale préexistante, l'action de cette hormone serait équilibrante.

MARCEL LAEMMER.

FOLIA MEDICA
(Naples)

C. A. Vesce (Naples). — ***Contribution à la connaissance de l'intoxication par le plomb tétraéthyle*** (*Folia medica*, t. 25, n° 16, 30 Août 1939, p. 883-907). — Un sujet de 25 ans est occupé à réviser les moteurs d'avion, à faire le plein des réservoirs et à préparer le mélange d'essence et de plomb tétra-éthyle; il présente d'abord de la céphalée qui devient quotidienne, de l'anorexie et des nausées, puis une gingivite intense avec névralgies dentaires, de la constipation avec des crises douloureuses à prédominance péri-ombilicale; il devient irrascible, surexcité, a des vertiges et un léger tremblement des membres supérieurs et remarque que son pouls bat entre 50 et 60; tous ces signes se sont manifestés en 5 à 6 mois, période pendant laquelle il a perdu 10 kg.; les symptômes s'exagéraient quand il travaillait et s'atténuaient quand il était au repos. A l'examen, on trouve une certaine tendance à l'hypothermie; la tension maxima est à 10; la matité relative est agrandie, le premier bruit assourdi; il y a quelques intermittences; l'électrocardiogramme montre que R est triphasique en D^1 ; le foie est un peu gros et les épreuves de charge au glucose, à la cholestérine, au glycocole mettent en évidence une certaine insuffisance; il existe quelques signes de colite avec retentissement appendiculo-cholécystique; il n'y a pas d'anémie, pas d'hématies à grains basophiles, pas de liséré de Burton; les épreuves à l'adrénaline et à la pilocarpine indiquent un état de vagotonie, l'épreuve à l'acétylcholine donne des résultats discordants.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. de Vincentiis (Naples). ***Recherches expérimentales sur les variations de l'équilibre acide-base dans les traumatismes*** (*Folia medica*, t. 26, n° 4, 29 Février 1940, p. 129-136). — L'accord n'est pas fait sur le sens des variations de la réserve alcaline et du *pn* au cours des traumatismes; V. a repris la question expérimentalement sur 12 chiens auxquels il faisait des fractures des membres, une contusion cranienne, abdominale ou thoracique, ou encore une laparotomie avec éviscération des anses et traction des mésos; dans tous les cas, la réserve alcaline a diminué (de 29 cm^3 de CO^2 pour 100 à 6), la diminution étant surtout nette à la 30e minute et à la 1re et à la 2e heure et le retour à la normale s'effectuant en 48 heures; le *pH* du sang n'a varié que dans trois cas chez des chiens ayant subi des traumatismes différents et dans le sens de l'acidose; chez quatre autres chiens, le *pH* urinaire a varié dans le sens de l'alcalose; chez les animaux restants, il n'a pas présenté de modifications.

LUCIEN ROUQUÈS.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY
(Tokio)

Kin. ***Etude sur le virus du zona*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. 46, n° 6, 20 Décembre 1939, p. 134-135). — K. a pu inoculer le virus zostérien dans le testicule du lapin et a ensuite fait une inoculation intradermique de ce virus à 83 individus d'âge différent.

Chez l'enfant et l'adulte apparaît une réaction locale 24 heures après l'inoculation, sous forme de petites vésicules groupées sur fond rouge et infiltré; dans 2 cas, K. constata la présence de vésicules en chaînettes sur un trajet nerveux, rappelant le zona spontané. La réaction atteignait son maximum 24 heures après l'inoculation et disparaissait en 4 à 6 jours sans laisser de traces, sauf parfois une pigmentation minime. Les signes généraux sont plus marqués chez l'enfant : fièvre (39°), céphalée, anorexie, fatigue générale.

Chez le nourrisson non encore vacciné, les signes sont différents : la réaction locale apparaissait seulement 6 à 7 jours après l'inoculation, sous trois types : type de l'adulte, vésicules disséminées rappelant la varicelle, ou forme mixte.

Chez l'adulte convalescent de zona ou chez l'enfant convalescent de varicelle, la réaction est négative ou très faiblement positive. Ces convalescents ont donc une certaine immunité vis-à-vis du virus zonateux.

R. BURNIER.

Okuda. ***La transplantation des cheveux vivants*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. 46, n° 6, 20 Décembre 1939, p. 135-138). —Pour pratiquer la transplantation de cheveux vivants, O. a fait construire des trépans métalliques spéciaux de 2 à 4 mm. de diamètre; on creuse des cavités dans la région à transplanter et on introduit dans ces cavités des fragments de peau prélevées également à l'aide de ces trépans; le résultat obtenu est meilleur quand le fragment transplanté a été enlevé avec un trépan de plus grand diamètre que celui qui a servi à creuser la cavité.

O. a employé cette méthode dans plus de 200 cas avec succès, soit pour apilie pubienne, soit pour cicatrices du cuir chevelu, soit pour chute des sourcils ou de la moustache. C'est la peau du cuir chevelu qui fournit le meilleur transplant. Cette méthode ne réussit que pour l'homotransplantation.

O. a étudié histologiquement ce que devenait la peau transplantée. Il transplanta chez deux femmes (mère et sœur) des fragments de cuir chevelu sur la face externe du bras des mêmes personnes (homotransplantation). Chez deux autres femmes sans parenté l'une avec l'autre, O. fit une hétéro-transplantation. Les fragments transplantés furent excisés au bout d'un temps variable (2 à 100 jours) et examinés histologiquement.

Dans l'homotransplantation, l'épiderme était en partie dégénéré, mais dans les couches profondes on notait une régénération; des cheveux avaient un aspect normal, d'autres tombaient pour repousser à nouveau.

Dans l'hétérotransplantation, la peau transplantée était totalement dégénérée et en un mois avait presque complètement disparu; les cheveux ne poussaient plus et tombaient.

Le même fait fut observé dans l'homo- et l'hétérotransplantation des poils chez l'animal.

R. BURNIER.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO
(Kioto)

R. Nishino, J. Ijiri et **K. Tanaka.** ***Cure d'amaigrissement par le dinitrophénol sans restrictions alimentaires*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 28, n° 2, 1940, p. 579-588). — 56 obèses indemnes d'affections du cœur, des reins et du foie, ont été soumis à une cure de dinitrophénol (1 à 3 *mg.* par kilogramme, avec maximum quotidien de 250 à 300 *mg.*) durant trois mois environ, aucune restriction alimentaire n'étant pratiquée par ailleurs. En observant cette sélection des patients, aucun effet secondaire fâcheux notable ne fut observé et les résultats se montrèrent satisfaisants. Si le dinitrophénol à lui seul ne suffit pas pour obtenir un amaigrissement suffisant, comme ce fut le cas dans certaines obésités de la ménopause, il faut lui adjoindre de l'extrait thyroïdien.

P.-L. MARIE.

T. Hashimoto et **J. Ijiri.** ***Influence du dinitrophénol sur le diamètre des hématies des diabétiques*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 28, n°2, 1940, p. 589-590). — H. et I. ont déjà signalé l'augmentation du métabolisme et la diminution du sucre sanguin provoquées chez les diabétiques par le dinitrophénol. Supposant l'existence d'un rapport entre le métabolisme basal et le diamètre des hématies, H. et I. ont constaté une diminution du diamètre des hématies en même temps que l'augmentation considérable du métabolisme chez les diabétiques soumis au dinitrophénol. Comme il n'existe pas de rapport spécial entre le diamètre des hématies et la glycémie, il faut admettre une relation intime entre le métabolisme basal et le diamètre des hématies.

P.-L. MARIE.

T. Nakamura. ***Recherches expérimentales sur la méningo-encéphalite coquelucheuse*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 28, n° 2, 1940, p. 596-600). — Pour préciser la pathogénie de la méningo-encéphalite coquelucheuse, N. a injecté dans la cavité sous-arachnoïdienne de lapins la toxine soluble, l'endotoxine du bacille de la coqueluche, ainsi que les corps microbiens eux-mêmes. La toxine soluble s'est montrée bien plus pathogène que l'endotoxine. On note de la polypnée et des symptômes méningés et cérébraux : excitation d'abord, puis raideur, suivie de paralysies. Anatomiquement, il y a là de la congestion des centres nerveux, de l'infiltration des gaines périvasculaires par des polynucléaires et de petites hémorragies, des altérations dégénératives des cellules névrogliques avec neuronophagie.

Dans une autre série de lapins, N. a pu provoquer, chez des animaux déjà atteints d'une bactériémie due aux bacilles coquelucheux, une méningo-encéphalite en déterminant une altération de la fonction hépatique et une hyperthermie artificielle (administration de tétrachlorure de carbone, séjour intermittent à l'étuve à 50°). Chez certains animaux se montrèrent, du 12e au 20e jour suivant le début des expériences, de l'anorexie, de la diarrhée, de la raideur de la nuque, du nystagmus ou de la paralysie des membres, en même temps que de la lymphocytose, de l'albuminose et une réaction de la globuline positive du liquide céphalo-rachidien. Histologiquement, il existait une infiltration à polynucléaires de la pie-mère et du voisinage des vaisseaux qui se retrouvait dans le parenchyme cérébral et autour des ventricules, des cellules ganglionnaires mal colorées et à limites indistinctes, de la prolifération des cellules névrogliques avec neuronophagie.

P.-L. MARIE.

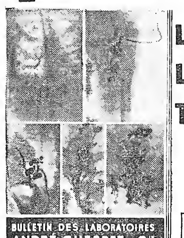


SUR

LIPIODOL LAFAY

LIPIODOL "F" (FLUIDE)

TÉNÉBRYL GUERBET



DEMANDEZ NOUS
NOTRE BULLETIN No 4
QUI VIENT DE PARAITRE

SOMMAIRE

Action thérapeutique des injections intra-bronchiques de lipiodol, vis-à-vis des suppurations broncho-pulmonaires (d'après les observations publiées) 1
Technique de la bronchographie lipiodolée par G. LAPINE 7
Technique de l'exploration radiologique des trajets fistuleux et abcès chroniques au moyen du Lipiodol 11

LABORATOIRES ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy SAINT-OUEN (Seine)

LA 1ère MÉDICATION SALICYLÉE PRÉSENTÉE
EN
DRAGÉES ENROBÉES
GOUTTES CONCENTRÉES
AMPOULES INTRAMUSCULAIRES
TOLÉRANCE PARFAITE
AMPOULES INTRAVEINEUSES

NÉO-SALYL

DU Dr MARTINET
EX-SODISALYNE

LABORATOIRES DU Dr PILLET, 222, BOULEVARD PEREIRE — PARIS (17e)

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

(Amsterdam)

A. Welcker (Amsterdam). ***La colite ulcéreuse au point de vue chirurgical*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 15, 13 Avril 1940, p. 1400-1408). — Il est important, dans la colite ulcéreuse, de procéder par tous les moyens à un diagnostic différentiel qui évite des pertes de temps inutiles ou des traitements peu efficaces.

La rectoscopie permet de voir, dans la plupart des cas, une muqueuse rouge à partir du 10e ou du 15e centimètre au-dessus de l'anus. On constate également de petites ulcérations que le moindre traumatisme fait saigner. Les rayons Roentgen montrent, après lavement opaque, que les sillons transversaux du côlon ont plus ou moins disparu. La réapparition de ces sillons peut éventuellement constituer un signe de guérison. Après élimination de la bouillie, on peut retrouver la trace d'ulcérations où le bismuth s'accumule en donnant lieu à une sorte de marbrure.

L'étude de la flore rencontrée dans le mucus et dans le pus ne donne généralement pas de résultats bien intéressants, bien qu'il soit vraisemblable qu'un microorganisme spécifique seul ou en symbiose soit en jeu. Dans les cas observés par W., il n'y avait pas eu de dysenterie antérieure. Parmi les complications, on doit noter l'anémie, l'émaciation ainsi que toutes les conséquences d'une suppuration prolongée. Les perforations avec abcès péricoliques, voire même péritonite, peuvent se rencontrer également. L'évolution est très variable et peut toujours prendre une tournure très grave.

Au point de vue chirurgical, on peut penser d'abord à l'appendicostomie associée à des lavages réguliers, parfois même permanents, du côlon. Cette méthode permet aux malades de vaquer à leurs occupations. Quand l'appendice a été enlevé antérieurement pour une raison ou pour une autre, l'appendicostomie n'est plus possible. Alors, on doit réaliser une fistule selon la méthode de Witzel. Quand ces interventions ne réussissent pas, on peut alors recourir à un anus cæcal qui élimine fonctionnellement le côlon. Mais cette intervention est sérieuse, car elle entraîne des conséquences lointaines et pénibles. Ultérieurement, cependant, une fois la guérison obtenue, on peut avoir recours à une iléosigmoïdostomie. On a également proposé l'extirpation totale du côlon et du rectum, bien que le contenu de l'iléon soit mal supporté par la peau.

W. a traité au total 19 malades, dont 9 doivent être considérés comme guéris ou presque guéris, 7 considérablement améliorés mais encore en traitement, 2 affectés de complications faisant présager le décès, et 1 décès. Sur ces malades figurent 7 hommes, dont 4 étaient jeunes. C'est ce qui amène à penser qu'il s'agit d'une affection spécifique. Avant de procéder à la fermeture de l'appendicostomie ou de la fistule, on devra examiner les selles, afin de s'assurer qu'elles sont redevenues normales. Il arrive d'ailleurs que des rechutes surviennent, même au bout d'un an.

Le lavage du côlon doit, au début, être pratiqué avec des liquides aussi peu irritants que possible, et notamment avec des solutions salées ordinaires portées à la température du corps. Plus tard, on peut passer à des infusions de camomille, à des solutions de tanin légères. Il peut arriver que le traitement doive être poursuivi pendant fort longtemps, voire même pendant trois ans. Les malades les acceptent d'ailleurs volontiers. Si on constate, après appendicostomie, que la technique du lavage n'a pas été correcte et n'agit pas comme on le pensait, on peut recourir à un anus cæcal. Mais en général les malades se sentent très améliorés par l'appendicostomie.

P.-E. Morhardt.

P. Brouwer (Drente). ***Quelques observations relatives à la signification de l'érythème noueux dans l'épidémiologie de la tuberculose*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 16, 20 Avril 1940, p. 1501-1508). — Pour apprécier la signification de l'érythème noueux dans l'épidémiologie de la tuberculose, B. a réuni les observations d'une centaine de malades ayant présenté cette affection entre 1936 et 1939 et observés dans un office de consultation hollandais. Dans l'entourage de chacun de ces malades, on a recherché la source d'infection et la présence d'autres cas d'érythème noueux dans le milieu.

Dans un premier groupe, il s'agit d'une femme présentant de la tuberculose pulmonaire ouverte. Dans le milieu où vivait cette femme, il a été observé 3 cas d'érythème noueux, dont 2 présentèrent des altérations pulmonaires devant être considérées comme l'expression d'une tuberculose primitive des poumons.

Dans un second groupe, il s'agit d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire contagieuse. Sur ses 5 enfants, 2 présentèrent de l'érythème noueux et des altérations pulmonaires aux rayons Roentgen; un troisième avait certainement présenté antérieurement, lui aussi, de l'érythème noueux.

Dans un troisième groupe figure une première femme de 22 ans ayant eu une pleurésie six mois auparavant et présentant une caverne tuberculeuse. Chez une autre femme de 23 ans, ayant couché dans le même lit que la première, on a constaté, en 1939, de l'érythème noueux, et les rayons Roentgen ont révélé l'existence d'un semis tuberculeux. Chez une troisième femme de 24 ans qui a également partagé le lit des deux précédentes, on n'a rien constaté d'anormal. Une sœur de cette dernière qui a travaillé dans la maison de la première a eu vraisemblablement de l'érythème noueux, une fillette de 3 ans, nièce de la première, chez laquelle elle a habité pendant plusieurs mois, a également présenté des « taches bleues », et le frère de cette fillette, âgé de 1 an, a des ganglions trachéobronchiques. Quant aux parents de ces enfants, ils ne présentent pas de tuberculose.

Dans un quatrième groupe, une femme de 24 ans, atteinte de tuberculose ouverte, constitue vraisemblablement la source de deux cas d'érythème noueux observés chez une femme de 41 ans et chez un garçon de 11 ans.

Dans un cinquième groupe figurent trois écoliers qui présentèrent des lésions pulmonaires ; deux d'entre eux firent de l'érythème noueux. Des recherches poursuivies sur ce groupe d'enfants permirent de découvrir encore deux cas de lésions pulmonaires. La surveillante de ces enfants avait présenté, quelques mois auparavant, des symptômes qui rentrent nettement dans le cadre de la tuberculose pulmonaire et, en outre, quelques bacilles dans les crachats.

L'érythème noueux semble donc bien être en relation avec une tuberculose récente.

P.-E. Morhardt.

E. Zurhelle (Groningue). ***Le diagnostic et le traitement de la gale*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 16, 20 Avril 1940, p. 1509-1513). — En cas de guerre, les conditions d'hygiène devenant moins bonnes, la fréquence de la gale augmente et il est important de la connaître et de la soigner correctement, et surtout de rechercher dans l'entourage du malade si d'autres personnes ne doivent pas être traitées.

Après avoir rappelé les symptômes essentiels de la gale, Z. indique que, comme traitement, on peut avoir recours aux méthodes rapides consistant en un savonnage suivi de l'application d'une pommade alcaline soufrée.

Mais, à côté de ce procédé, Z. recommande le traitement par poudrage, qui est très commode, mais qui a l'inconvénient de durer plus longtemps. Il consiste à utiliser la poudre composée pour un quart de soufre précipité et pour trois quarts de talc. Pour un adulte, 500 g. de poudre suffisent. Elle est appliquée après un bain chaud pendant 15 jours tous les soirs.

Une poudre constituée par parties égales de talc et d'amidon et additionnée de 20 pour 100 de poudre de derris, recommandée par Beintema, semble encore plus efficace. On doit avoir soin de saupoudrer seulement, mais non de frotter la peau, sans quoi il surviendrait de la dermatite. Les démangeaisons qui persistent après la cure peuvent être calmées par une pommade au goudron (5 pour 100) ou au glycérolé d'amidon avec 3 pour 100 d'acide tartrique.

P.-E. Morhardt.

Jan Schwarz et **M. Straub** (Rotterdam). ***Oxyures et appendicite*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 17, 27 Avril 1940, p. 1627-1634). — On a déjà à plusieurs reprises attiré l'attention sur les relations existant entre les oxyures et l'appendicite. Pour divers auteurs, comme Brumpt et Rheinhardt, ces relations sont établies, alors qu'elles sont contestées par d'autres. S. et S. ont donc été amenés à procéder à l'examen d'une série de 36 appendices enlevés chirurgicalement. On a pu constater ainsi 22 fois des lésions certainement dues aux oxyures. Il s'agit des « impressions » ou des godets qui s'observent même quand l'appendice ne contient pas de matières fécales. Au fond de ces godets, l'épithélium est aplati et atrophique. Parfois même, on constate à ce niveau de la nécrose de la muqueuse et des érosions. Souvent, les oxyures s'introduisent au fond des replis de la muqueuse et même dans les glandes.

Le nombre des sections transversales d'oxyures trouvées sur les coupes a été 9 fois de 5; 2 fois de 5 à 10; 7 fois de 10 à 25; 2 fois de plus de 60 et 2 fois de plus de 70. Dans 15 cas, l'éosinophilie de la muqueuse a été forte et 4 fois très forte. La lumière de l'appendice contenait 10 fois du sang, 7 fois du pus, 12 fois des lymphocytes et 5 fois un calcul fécal. Dans 7 cas il a été trouvé des cicatrices d'anciennes lésions inflammatoires. Dans 2 cas, des oxyures étaient encapsulés dans la muqueuse. L'un d'eux se trouvait dans un ancien abcès entouré d'une couronne de cellules épithélioïdes et de fibroblastes avec infiltrations éosinophiles du tissu avoisinant. Dans l'autre cas, le parasite avait donné lieu à une formation tuberculoïde.

Sur l'ensemble de ces 36 appendices, il a été trouvé 19 fois une inflammation purulente qui doit bien souvent être mise en rapport avec la présence de vers encapsulés.

Des oxyures qui avaient pénétré après la mort dans la muqueuse ont été retrouvés 5 fois, mais alors il n'y avait aucune réaction autour du parasite. Il y a lieu de remarquer, d'autre part, que les lésions provoquées par les oxyures s'observent chez des sujets jeunes comme les lésions d'appendicite.

Dans un des appendices examinés, on a trouvé un fragment de cuticule de céréale autour duquel s'était développé un phlegmon. En somme, d'après S. et S., on ne saurait considérer les oxyures comme des parasites inoffensifs de l'appendice, car ces vers ont probablement une grande importance au point de vue de l'hygiène pratique.

P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

G. Berquist (Arboga). ***Sur les thromboses post-opératoires (communication préliminaire)*** [*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 83, fasc. 5, p. 415-434]. — Outre les conditions circulatoires, les modifications biochimiques de la composition du sang et une lésion éventuelle de l'endothélium,

CONSTIPATION

REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA

25, RUE JASMIN, 25 PARIS-16e



DOSES ET MODE D'EMPLOI

1 à 6 comprimés par jour aux repas. Commencer le traitement par 2 comprimés, augmenter ou diminuer suivant résultat.

LACTOBYL

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRÉNOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE

ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES

DYSPEPSIES NERVEUSES



FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone..	0.05
Hexamethylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée..	0.01	Extrait fluide de Boldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratœgus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA — 25, Rue Jasmin — PARIS (16e)

B. attribue un rôle à la formation de tourbillons dans le courant circulatoire dans le déterminisme des états préthrombosiques. Cet état circulatoire provoquerait de véritables thromboses lorsque la composition du sang est altérée et la tendance à la coagulation augmentée.

Chez 50 sujets, la détermination du temps de coagulation a montré une tendance à la baisse de celui-ci du 5e au 8e jour après l'opération.

Lorsque le temps de coagulation s'abaisse au-dessous de la normale, on peut y voir un indice de risque de thrombose et on a recours aux injections d'Héparine. Deux malades dans ces conditions, traités par l'Héparine, échappèrent à la thrombose, tandis que deux autres servant de témoins furent atteints de cette complication; l'un d'eux eut une embolie pulmonaire mortelle.

Parmi les 50 opérés examinés, 8 présentèrent un temps de coagulation qui sembla nécessiter un traitement par l'Héparine; aucun d'eux n'eut ni thrombose ni embolie.

L'Héparine peut être administrée par voie sous-cutanée ou par voie intraveineuse. Dans le premier cas, il faut doubler la dose. Dans la plupart des cas, 0 cm^3 6 d'une solution à 5 pour 100 d'Héparine en injection intraveineuse suffisent à prolonger le temps de coagulation d'une façon notable.

Robert Clément.

B. Heiberg et **P. Heiberg** (Copenhague). ***Quelques recherches sur l'occurrence du carcinome du sein, spécialement en rapport avec la fonction ovarienne*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. 83, fasc. 6, 10 Mars 1940, p. 479-492). — Le taux de mortalité par cancer du sein, en Angleterre, en Hollande et en Italie, relevé par le Comité d'Hygiène de la Société des Nations, est plus élevé chez les femmes célibataires que chez les mariées. Le même fait a été constaté au Danemark sur 1.200 cancéreuses, en tenant compte de la proportion relative des femmes mariées dans la population.

La ménopause survient plus tard chez les femmes atteintes de carcinomes du sein que chez les normales. On n'a pu cependant montrer aucun rapport entre une affection gynécologique antérieure ou un trouble endocrinien et le développement du cancer mammaire.

Des recherches histologiques ultérieures permettront peut-être de distinguer plusieurs types de carcinomes du sein. Et il est possible que la prédominance de ces tumeurs chez les femmes célibataires soit due au développement plus fréquent d'une forme spéciale de carcinomes liée à un trouble de la fonction ovarienne.

Robert Clément.

J. P. Strömbeck (Stockholm). ***Effets de la résection artérielle. Etude angiographique expérimentale*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 83, fasc. 6, 10 Mars 1940, p. 510-517). — Les expériences de Fontaine et Chattner pour montrer les effets de la résection artérielle ont été faites chez des sujets sains. Les résultats obtenus par cette méthode ne démontrent pas que la résection d'un segment artériel thrombosé est suivie d'une dilatation vasculaire en aval. Pour éviter cette objection et d'autres, comme la possibilité de développement périphérique d'une lésion artérielle plus considérable lorsqu'un segment est thrombosé, S. s'est livré à des expériences sur le lapin, se rapprochant plus de la réalité.

Chez 6 lapins, pendant les 12 semaines qui précédèrent l'expérience proprement dite, on administra, au moyen d'une sonde stomacale, 27 à 30 cm^3 de Vigantol en une vingtaine de doses. Ensuite, dans une première séance, on a provoqué une oblitération limitée de l'artère fémorale, au moyen de deux ligatures à 1 *cm.* d'intervalle. L'examen histologique a montré qu'on obtient ainsi une oblitération de la lumière de l'artère par thrombose et par prolifération endothéliale. 17 à 19 jours plus tard, on a pratiqué une résection d'un côté ou de l'autre du segment artériel inclus entre les ligatures. Enfin, dans une troisième séance, située de 2 à 137 jours après la résection, une artériographie a été faite. Comme le montrent les radiogrammes reproduits, il n'y a pas une différence nette dans le développement des collatérales à l'avantage du côté réséqué.

Avec la technique employée, les grandes différences observées par les auteurs français entre le côté ligaturé et le côté réséqué n'ont pas été vérifiées.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

J.-L. Nicod (Lausanne). ***Tuberculose et spécificité histologique*** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, t. 60, n° 2, 25 Février 1940, p. 65-71. — La notion de la spécificité histologique rend de précieux services dans le diagnostic de certaines maladies infectieuses, mais on peut lui faire de sérieuses objections.

Pour les granulomes inflammatoires, la spécificité histologique est relative: à des agents dissemblables peuvent correspondre des granulomes identiques.

La tuberculose rentre dans toutes ses manifestations morphologiques dans le cadre de l'inflammation en général. C'est en la laissant dans ce cadre naturel qu'on la comprendra le mieux.

L'exsudat tuberculeux ne diffère en principe pas des exsudats en général; on y retrouve le liquide, la fibrine, les éléments cellulaires, et ceux-ci sont au début des polynucléaires. La répartition et la proportion des divers éléments peuvent varier, et il est des cas où le caractère tuberculeux sera immédiatement évident. Il est non moins certain que bien souvent les caractères morphologiques de l'exsudat sont les mêmes que pour une affection dite banale.

« La lésion productive, folliculaire, de la tuberculose est le stade avancé d'une inflammation qui a nécessairement eu un caractère exsudatif auparavant. La caséification du follicule tuberculeux précède sa formation, la conditionne et n'en est pas un stade évolutif ultérieur.

Le follicule tuberculeux ne se caséifie pas, à moins qu'il ne soit englobé, avec les tissus dans lesquels il est apparu, dans une nouvelle poussée inflammatoire de la maladie, altérative d'abord, puis exsudative, et éventuellement enfin productive.

Robert Clément.

M. Jaccottet (Lausanne). ***La cuti-réaction de Pirquet à la Clinique infantile de Lausanne, de 1934 à 1938*** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, t. 60, n° 2, 25 Février 1940, p. 72-87). — Si l'on tient compte de l'anergie de la période terminale de la tuberculose, de l'anergie de la période pré-allergique et de celle due à une infection en cours, la cuti-réaction à la tuberculine est un procédé de diagnostic de grande valeur et très fidèle.

Au cours des deux premières années de l'existence, la positivité de la réaction correspond pratiquement à une tuberculose en activité.

Le milieu hospitalier renseigne mal sur la fréquence des cuti-réactions positives dans l'enfance, car il s'agit d'enfants malades et l'âge d'admission varie. Chez les enfants hospitalisés de 1924 à 1938, la proportion des cuti-réactions positives subit une courbe ascendante : elle est de 13 pour 100 chez les enfants de 1 à 2 ans et atteint presque 35 pour 100 entre 14 et 15 ans.

En moyenne, les enfants des villes réagissent à la tuberculine à un âge plus précoce que les petits campagnards, plus tôt chez les filles que chez les garçons.

Sur 821 tuberculeux, 82 ne réagissaient pas à la tuberculine. Tous pouvaient être considérés comme des anergiques de la période terminale.

Sur 84 méningites tuberculeuses, les enfants au-dessous de 2 ans fournissent à eux seuls un contingent aussi élevé que tous les autres enfants âgés de 3 à 14 ans.

Robert Clément.

H. Friede (Genève). ***La résection du pannus dans la pérityphlite chronique. Contribution à l'étude du syndrome de la fosse iliaque droite*** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, t. 60, n° 2, 25 Février 1940, p. 88-108). — On décrit fréquemment sous le nom d'appendicite chronique adhésive ou de syndrome de la fosse iliaque droite une affection qui a comme substratum anatomique une formation anormale de membrane en toile d'araignée qui gêne le fonctionnement normal du cæcum. Son étiologie et sa pathogénie ne sont pas encore élucidées.

Au point de vue clinique, bien que la maladie existe chez l'adulte, il s'agit en général d'enfants pâles et maigres chez qui les fortifiants et les stimulants donnent peu de résultats. Ces enfants, toujours fatigués, travaillent mal; ils sont gênés par des malaises abdominaux et une légère élévation de température qui fait souvent penser à la tuberculose. Le tableau clinique est dominé par des troubles digestifs: inappétence, nausées fréquentes, vomissements, constipation avec alternance de diarrhée. Ces sujets sont grognons, nerveux et irritables. L'abdomen est souple, le cæcum est gros, flasque, rempli de matières plus ou moins liquides, gargouillant. La douleur siège un petit peu plus haut que dans l'appendicite. Radiologiquement, le passage se fait normalement jusqu'au cæcum; là il y a stase plus ou moins prolongée.

L'intervention de choix est la résection du pannus combinée à l'appendicectomie qui, à elle seule, se montre insuffisante, mais qui est utile pour supprimer un milieu de culture favorable. Pour empêcher la réorganisation des membranes, on applique, pendant l'intervention, de l'huile camphrée stérilisée. Après l'opération, la mobilisation précoce de l'intestin est absolument obligatoire. Le massage vibratoire est à recommander pour stimuler le péristaltisme du cæcum.

Sur 60 opérés, 48 ont été guéris complètement avec un résultat durable, 10 ont gardé des douleurs à l'occasion de mouvements brusques et 2 ont refait des adhérences.

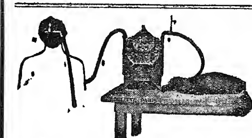
Robert Clément.

P. Decker (Lausanne). ***Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. 60, n° 4, 25 Mars 1940, p. 193-221). — De très nombreuses techniques opératoires ont été proposées depuis 60 ans pour le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal. Beaucoup sont tombées dans l'oubli. Tout en étant convaincu de la supériorité de la résection, D. réserve cependant certaines indications à la gastro-entérostomie.

La résection primaire pour ulcère gastrique ou duodénal, enlevant l'ulcère, lorsque les conditions sont favorables, ne serait pas une opération très grave. Sur 40 résections primaires pratiquées ces six dernières années, il y a eu seulement 2 décès, soit une mortalité de 5 pour 100.

Lorsque les conditions sont défavorables: ou bien le pylore est perméable et on pratique une gastro-entérostomie, ou bien le pylore est sténosé et l'on pratique une résection avec excision de l'ulcère comportant les deux tiers de l'estomac.

Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)



TOUS LES INSTRUMENTS *LES PLUS MODERNES* POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

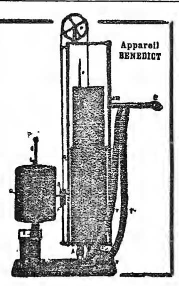
OSCILLOMÈTRE universel de G. BOULITTE
ARTÉROTENSIOMÈTRE du Prof. DONZELOT assistant du Prof. VAQUEZ
KYMOMÈTRE de VAQUEZ, GLEY et GOMEZ
SPHYGMOPHONE BOULITTE-KOROTKOW

ÉLÉCTROCARDIOGRAPHES NOUVEAUX MODÈLES

A 1, 2 OU 3 CORDES — MODÈLES PORTATIFS

DIATHERMIE - MESURE DU MÉTABOLISME BASAL - AUDIOMÈTRES DIVERS

Catalogues sur demande — Expéditions directes Province et Étranger.



6 à 8 ovoïdes par jour

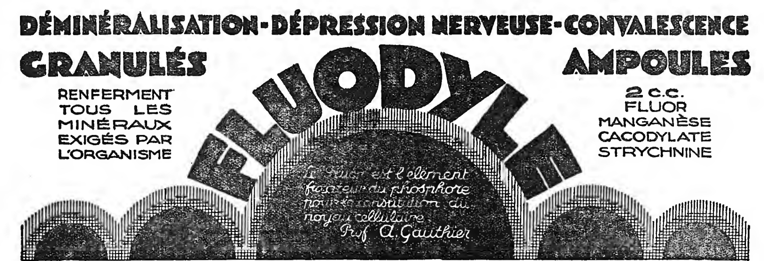
SOCté INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE · SITSA · MARQUE DÉPOSÉE

ÉCHANTILLONS & BROCHURES FRANCO sur DEMANDE

CHOLÉOKINASE

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE MUCOMEMBRANEUSE
de la Constipation liée à l'insuffisance biliaire
DE LA *LITHIASE BILIAIRE*

LABORATOIRES DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND ET DURET & RÉMY RÉUNIS
15, RUE DES CHAMPS - ASNIÈRES (SEINE)



Littérature & échantillons: Éts SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux. PARIS (16e)

La gastro-entérostomie a contre elle la possibilité d'un ulcère jéjunal, postgastro-entérostomique. Celui-ci ne surviendrait que dans la proportion de 2 à 5 pour 100 des opérés, 10 pour 100 au maximum. Si la gastro-entérostomie détermine la guérison de l'ulcère primitif ou fait éclore un ulcère jéjunal, il ne reste qu'à passer à la résection secondaire. Cette dernière opération est notablement plus difficile au point de vue technique qu'une résection primaire et elle est redoutée à juste titre. Cependant, sur 21 résections secondaires après gastro-entérostomie, on n'a eu, dans le service de D., que 2 morts à déplorer.

Les avantages et les inconvénients des divers types de résection sont discutés.

ROBERT CLÉMENT.

J. Saucier et **O. W. Steward** (Montréal). ***Le chlorate de potasse dans la poliomyélite*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. 60, n° 4, 25 Mars 1940, p. 222-231). — Dans trois groupes d'expériences sur le singe, on a répété aussi exactement que possible les travaux de Contat, Arthus, Spycher et Debat, sur l'action protectrice du chlorate de potasse contre la poliomyélite expérimentale. La différence des souches utilisées et les variations inévitables de chaque animal dans son comportement vis-à-vis de la maladie ne suffisent pas pour altérer les résultats obtenus. Ceux-ci sont en contradiction avec ceux obtenus par les premiers auteurs. Les singes soumis au traitement chloraté ont eu la poliomyélite.

S. et S. concluent qu'au cours de leurs expériences le chlorate de potasse, donné par la bouche à la dose de 10 à 20 cg. par kilogramme de poids par 24 heures, n'a pas réussi à protéger ou à influencer favorablement l'évolution de la poliomyélite antérieure aiguë chez les singes *Macacus rhesus* soumis aux inoculations.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

H. Richner (Aarau). ***Revue des opérations modernes sur le glaucome et plus spécialement des mouchetures cyclo-diathermiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 70, n° 13, 30 Mars 1940, p. 269-271). — Les interventions proposées contre le glaucome ont débuté par l'iridectomie proposée au milieu du XIXe siècle. Ultérieurement, on a eu recours à la sclérectomie sous-conjonctivale de Lagrange, puis à la trépanation de Elliot. Cette dernière donnait des résultats remarquables, mais créait un danger d'infection secondaire. On a également eu recours à la cyclodialyse et à l'iridoklise.

Aujourd'hui, on tend à admettre que le glaucome est en relation avec un trouble du fonctionnement du corps ciliaire qui sécrète l'humeur aqueuse. Cette conception a amené Vogt, de Zurich, à recourir, dans les cas où ni l'iridectomie, ni la trépanation n'étaient utilisables ou utiles, et plus spécialement dans les formes malignes ou hémorragiques, à la moucheture cyclo-thermique, à laquelle il attribue la possibilité de réduire la quantité d'humeur aqueuse sécrétée par le corps ciliaire.

Pour cela, il recourt à une aiguille thermique très fine (0,15 à 0,18 mm.), avec laquelle on pénètre dans le corps ciliaire et jusque dans sa section plane, c'est-à-dire jusqu'au voisinage de l'ora serrata de la rétine. Cette intervention a pour effet, d'abord de diminuer la sécrétion du corps ciliaire et peut-être aussi de créer des ouvertures minimes qui laissent suinter l'humeur aqueuse et qui déchargent l'œil d'une façon immédiate, et sans provoquer les réactions nocives que les autres interventions déclenchent parfois, surtout dans les cas graves.

P.-E. MORHARDT.

H. Jeanneret (Lausanne). ***La moelle osseuse en clinique et à la salle d'autopsie. Etude comparative*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 70, n° 16, 20 Avril 1940, p. 351-357). — Certains auteurs admettent que la moelle osseuse recueillie sur les cadavres présente des altérations profondes et donne un myélogramme faussé notamment par la disparition des polynucléaires neutrophiles. C'est ce qui a amené J. à comparer les données de la ponction sternale *in vivo* avec les résultats obtenus par prélèvement de moelle costale recueillie à des moments divers après le décès. Il a ainsi constaté que la moelle cadavérique recueillie moins d'une heure après la mort est comparable à ce que donne la moelle vivante. Mais, au bout d'une à trois heures, il apparaît des altérations qui intéressent d'abord les polynucléaires neutrophiles et un peu plus tard les myélocytes. Les noyaux des normoblastes se pycnosent, puis se fragmentent. Les images de mitose des myélocytes et des érythroblastes disparaissent, ainsi que les plaquettes, en une ou deux heures. La proportion des polynucléaires tombe à 0 en une ou deux heures. La proportion des polynucléaires tombe à 0 en 8 à 24 heures. Les transformatinos sont accélérées en cas d'état septique, de sorte qu'une étude de la moelle osseuse n'est plus possible, en pareil cas, une heure et demie après le décès, alors que, dans les autres affections, les renseignements obtenus sont encore valables trois heures après le décès.

Les données de la moelle costale sont assez différentes de celles de la ponction sternale. Les premières indiquent une augmentation relative de la proportion des cellules du stroma et des myélocytes ainsi que des graisses, tandis que dans les secondes les polynucléaires prédominent et on y trouve du sang. Il n'est pas impossible que l'aspiration opère, parmi les éléments cellulaires du sternum, un tri tel que les cellules mûres mobiles sont entraînées en plus grand nombre que les autres. Le myélogramme par ponction sternale et aspiration serait donc « trop à droite » et se rapprocherait de l'hémogramme.

P.-E. MORHARDT.

*Chez l'*HOMME *et la* FEMME



Chez l'homme et la femme les stases sanguines ont pour cause un relâchement de la paroi vasculaire. La veine distendue n'a plus la force de se contracter pour aider à la circulation, et le cœur se fatigue à lancer le sang dans des canaux atones. Ce sont alors, chez la femme, toutes les affections et accidents de son système circulatoire, de la formation à la ménopause : aménorrhée, dysménorrhée, varices de la grossesse, métrite, fibrome ; chez l'homme, la prostatite aiguë ou chronique ; chez l'un et l'autre, les troubles à forme congestive : phlébites, hémorroïdes, ulcères variqueux.

TROUBLES VEINEUX DES DEUX SEXES



DEUX FORMES

Fluxine calme la douleur, régularise la circulation, rend à la paroi vasculaire sa tonicité et apporte, à l'homme comme à la femme, le calme et l'euphorie nécessaires à la vie commune.

COMPOSITION : Un vaso-constricteur : l'intrait de marron d'Inde Dausse.
Un analgésique : l'alcoolature d'anémone.
Un tonique de la paroi vasculaire : la noix vomique.

POSOLOGIE : En gouttes : 10 gouttes trois fois par jour, vingt jours chaque mois.
En dragées : 3 dragées par jour avant chaque repas (1 dragée = 10 gout.).

Fluxine

LABORATOIRES FLUXINE, VILLEFRANCHE (RHONE)

J&C

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

C. Dreyfus (Mulhouse). **Vitamine A et défense passive** (*Paris Médical*, t. **30**, n° 11-12, 16-23 Mars 1940, p. 126-127). — L'obscurité presque totale exigée par les nécessités de la défense passive a révélé un certain nombre d'héméralopies ignorées. Ce symptôme n'a en effet pas beaucoup d'occasions de se révéler en temps de paix, dans les villes partout illuminées.

L'héméralopie constitue une contre-indication à l'emploi de brancardier, d'infirmier ou de tout autre service de la défense passive, car elle devient, pour ceux qui en sont atteints, une gêne insurmontable dans l'obscurité complète.

Les héméralopes sont souvent des hépatiques plus ou moins avérés.

Pour combattre ce symptôme de cécité nocturne, l'apport de vitamine A est la meilleure méthode. Mais l'administration de carotène peut être chez eux sans efficacité, étant donné que le trouble consiste surtout en une altération de la propriété que possède le foie de transformer la prévitamine en vitamine. Il est donc rationnel de lutter contre l'héméralopie en introduisant dans l'organisme la vitamine A elle-même et de préférence en injections.

Robert Clément.

Ch. Laubry et **J. Lenègre**. ***L'infarctus du myocarde. Ses lésions et son mécanisme*** (*Paris Médical*, t. **30**, n°s 18-19, 4-11 Mai 1940, p. 219-226). — Les lésions réalisées par l'infarctus du myocarde ne sont pas toujours les mêmes. A côté des infarctus récents, de type nécrotique ou hémorragique et des infarctus anciens en plaques fibreuses, les plus connues, il existe aussi des foyers plus ou moins confluents et étendus d'apoplexie sanguine, séro-sanguine ou séreuse. Ces extravasations hématiques ou œdémateuses évoluent vers des scléroses moins mutilantes et moins massives dont l'aspect ultérieur est celui d'une myocardite scléreuse localisée ou diffuse. Le diagnostic rétrospectif est alors parfois difficile.

Très fréquemment, à l'infarctus se surajoute une thrombose intra-cardiaque qu'il faut envisager dans le pronostic, en raison des embolies viscérales et surtout cérébrales qu'elle provoque.

L'infarctus myocardique est le plus souvent une nécrose ischémique dont l'oblitération d'un gros tronc artériel est la condition nécessaire et suffisante. Cependant, l'ischémie n'explique pas tous les cas d'infarctus, certains coexistent avec une perméabilité relative ou intacte des gros troncs coronariens. Il faut incriminer dans ce cas des troubles vaso-moteurs réflexes à point de départ coronarien, aortique ou pulmonaire.

Sur un total de 32 infarctus, le mécanisme de l'ischémie a été 7 fois douteux et 7 insoutenable.

D'autre part, les insuffisances circulatoires les plus graves peuvent ne pas se compliquer d'infarctus. Dans 5 cas de sténoses coronariennes multiples et très serrées, il n'y avait pas d'infarctus. On est obligé d'admettre dans ce cas-là un système anastomotique important, suffisant pour compenser le désordre pathologique.

Le mécanisme de l'infarctus myocardique est complexe et les lésions présentent des degrés divers d'intensité.

Robert Clément.

C. Lian. ***L'hypertension artérielle pulmonaire primitive*** (*Paris Médical*, t. **30**, n°s 18-19, 4-11 Mai 1940, p. 226-230). — A côté de l'hypertension artérielle pulmonaire secondaire des mitraux et des artérites pulmonaires, il faut faire une place à l'hypertension artérielle pulmonaire primitive. On peut en décrire 3 types.

La forme légère se traduit par de la dyspnée et des palpitations d'effort des douleurs précordiales avec tendance lipothymique; ces signes fonctionnels peuvent d'ailleurs manquer. Un seul signe a une grande valeur, c'est le claquement artériel pulmonaire proto-systolyque. Radiologiquement, on note la saillie convexe et pulsatile de l'arc moyen avec dilatation des branches artérielles pulmonaires. L'électrocardiogramme montre une légère déviation de l'arc électrique vers la droite et quelquefois une prépondérance ventriculaire droite. Cette forme est en général isolée, primitive, sans sclérose artérielle, elle peut exister avec une hypertension de la grande circulation et l'athérome aortique.

Il ne faut pas faire entrer de force ces faits dans le domaine du rétrécissement mitral muet ni confondre ce syndrome avec l'éréthisme cardiaque banal.

La forme moyenne est associée ou non à de légères lésions scléreuses artérielles pulmonaires.

Dans la forme grave, les lésions scléreuses artérielles pulmonaires sont accentuées et primitives.

L'hypertension pulmonaire primitive s'observe pour la majorité des cas dans le sexe féminin et chez des sujets jeunes. Elle est en général isolée, mais coexiste parfois avec une hypertension de la grande circulation associée ou non à de l'aortite.

Robert Clément.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (Paris)

M. Lepinay (Casablanca). ***Traitement de la chancrelle par les sulfamides*** (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. **189**, n°s 5 et 6, 1939, p. 181-191). — Dans un premier groupe de malades, on a traité les chancrelles simples, sans adénites, par le para-amino-phényl-sulfamide, en ingestion, à la dose de 3 à 4 *g*. par jour, par prises fractionnées. L'ulcération était seulement recouverte d'un léger pansement aseptique renouvelé chaque jour. Dans tous les cas, on observa dès l'absorption des premiers comprimés, une diminution de la suppuration et une amorce de cicatrisation. Mais dans la moitié des cas, l'ulcération se fixa sous cet aspect dès le quatrième ou le cinquième jour, sans évoluer vers la guérison. Le deuxième groupe comprenait des adénites chancrelleuses: on eut une même proportion de succès et d'échecs. Tous les échecs de la sulfamidothérapie guérirent ensuite après une ou deux injections de vaccin de Nicolle.

Dans une deuxième série d'essais thérapeutiques le 1162 F, en solution aqueuse à 6 ou 2 pour 100 ou en pommade en applications locales, n'eut pas grand effet.

Le para-amino-phényl-sulfamide pur ou additionné de 20 pour 100 de kaolin, appliqué en poudre chaque jour sur les chancrelles, donna au contraire des résultats immédiatement remarquables. Après un premier pansement, l'ulcération était détergée et nette, l'épidermisation commençait sur les bords. La cicatrisation des ulcérations fut d'autant plus rapide qu'il s'agissait de lésions anciennes ou surinfectées.

Si à la sulfamidothérapie locale, ou par ingestion, on associe l'antigénothérapie, on obtient des résultats plus rapides que lorsque l'une des deux méthodes est employée seule.

La sulfamidothérapie locale et générale fut également efficace dans les complications de l'infection chancrelleuse : phymosis, gangrène phagédénisme ou dans les associations chancrello-syphilitiques, chancrello-spirillaires, chancrello-lymphogranulomateuses.

Les sulfamides en poudre ou en solution ne sont pas dépourvus de toxicité et leurs applications répétées peuvent provoquer des irritations cutanées ou muqueuses qui guérissent par simple pansement au sérum physiologique.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

J.-L. Lafon. ***La Sprue nostras*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **111**, 10-25 Février 1940, p. 42-49). — Sous le nom de *Sprue nostras*, quelques auteurs français décrivent une affection gastro-intestinale présentant une assez grande ressemblance avec la Sprue tropicale.

La diarrhée est le signe fondamental : 7 à 8 selles extrêmement abondantes, dépassant souvent 500 *g*., molles, mais non liquides, étalées en « bouses de vache », décolorées, grisâtres, mousseuses, d'aspect graisseux, d'odeur aigrelette et de réaction acide au tournesol.

Cette diarrhée s'accompagne de ballonnement abdominal, fréquemment de stomatite bulleuse érythémateuse avec langue dépapillée et sensation de brûlure gênant l'alimentation. L'amaigrissement est important, parfois avec œdème malléolaire. L'anémie hyperchrome et mégalocytaire, avec leucopénie et mononucléose relative, est fréquente, mais peut manquer. Assez souvent aussi, on constate un syndrome hémorragique et une tétanie latente ou manifeste.

Ces sujets sont souvent des infantiles, avec des déformations osseuses rachitiformes, de l'hippocratisme des doigts et des lésions de la peau.

Les causes de ce syndrome sont encore discutées.

Le traitement consiste en un régime alimentaire, de l'opothérapie hépatique, la vitaminothérapie et l'administration de calcium et de fer.

Robert Clément.

LE NOURRISSON (Paris)

Georges Lévy (Nancy). ***La gangrène du nouveau-né*** (*Le Nourrisson*, t. **28**, n° 3, Mai 1940, p. 103-113.) — La gangrène du nouveau-né est une affection rare. On ne trouve dans la littérature médicale que 14 observations. A l'occasion de deux cas personnels il publie une mise au point de cette question.

Les causes de la gangrène du nouveau-né sont mécaniques, infectieuses ou vasculaires.

Parmi les causes mécaniques, il faut citer en premier lieu le traumatisme obstétrical. C'est l'accouchement dystocique qui donne le plus grand



CHLORO-CALCION

nombre de cas, mais on peut en voir survenir même après un accouchement normal. Les causes mécaniques produisent par contusion, pression ou arrachement, un arrêt de la circulation. La nécrose consécutive apparaît immédiatement ou d'une manière insidieuse.

Parmi les causes infectieuses, il faut surtout signaler la syphilis, qui peut d'ailleurs rester discrète et n'être décelable que par les antécédents maternels. La syphilis agit soit par infection, au point de départ ombilical, soit par production d'artérites.

Les causes vasculaires interviennent comme localisation de l'infection sur un vaisseau. Ces lésions ont été signalées dans 10 cas sur 14.

Au point de vue anatomo-pathologique, on a noté que les lésions des artères dans la zone dangereuse sont englobées dans une gangue de sclérose et transformées en cordons fibreux dont la lumière est obstruée, avec infiltration leucocytaire dans l'adventice. Les veines présentent des coagulats à leur intérieur. En dehors de la région gangrenée, l'aorte a été trouvée oblitérée dans 2 cas.

La gangrène du nouveau-né débute immédiatement après l'accouchement ou dans la semaine qui suit, par une coloration bleuâtre des téguments. Pourtant, deux fois on a noté une coloration blanche et une fois une coloration rougeâtre. Dans les jours qui suivent, le processus nécrotique poursuit son action comme dans toutes les gangrènes. La température s'élève et la maladie prend une allure septicémique. Quelquefois la gangrène gagne la racine du membre, mais le plus souvent le sillon d'élimination forme la limite entre le mort et le vif. L'amputation peut alors être spontanée et la guérison s'établir progressivement.

Le diagnostic est généralement facile. Pour préciser le siège de l'oblitération, il faut rechercher: 1° l'exploration des battements artériels, difficile chez le nouveau-né; 2° l'exploration au Pachon; 3° utiliser le procédé Moscowicz, plus aisé chez le nouveau-né.

Le pronostic est très sévère : 10 décès sur 14. A noter que les gangrènes des extrémités sont plus favorables que celles des racines des membres.

Au point de vue du traitement, la temporisation peut être préconisée, avec surveillance étroite permettant d'intervenir au moindre signe d'extension de la gangrène. L'amputation sera pratiquée après formation du sillon d'élimination, de manière à tailler en tissu sain. Cette amputation, pour avoir des chances de réussir, doit être pratiquée de manière précoce.

G. Schreiber.

LYON CHIRURGICAL

René Fontaine et **P. Branzeu**. ***Le diagnostic artériographique différentiel entre embolie artérielle et thrombose aiguë*** (*Lyon Chirurgical*, t. **36**, n° 6, 1939-1940, p. 652-660). — Il y a peu de différences cliniques entre l'oblitération aiguë d'une artère par un caillot embolique et celle déterminée par la formation aiguë d'un thrombus comme complication de lésions pariétales presque toujours dues à l'artériosclérose. Aussi lorsqu'il n'est pas guidé par la connaissance d'une circonstance étiologique précise, le diagnostic entre les deux causes d'oblitération artérielle est-il difficile, et si Haimovici pense que souvent les prétendues thromboses ne sont que des embolies, F. et B. avec leur Maître le Professeur Leriche pensent au contraire que beaucoup de prétendues embolies ne sont que des thromboses.

L'artériographie apporte à ce diagnostic différentiel une aide précieuse.

Dans l'embolie artérielle l'artère principale reste normale et émet régulièrement des collatérales jusqu'à l'endroit où la circulation est brutalement interrompue. Dans les 3 exemples donnés, on voit sur les radiographies l'aspect cupuliforme caractéristique que présente l'extrémité de l'ombre artérielle se moulant sur le bout supérieur du caillot.

Dans la thrombose aiguë, l'artère principale n'apparaît pas normale et ses lésions pariétales sont au contraire évidentes, ainsi que l'insuffisance des collatérales ; de plus l'arrêt complet au niveau du thrombus n'est pas immédiat et des radiographies successives ont permis de constater, sur celles prises dans les premières heures qui suivent l'apparition des accidents aigus d'occlusion artérielle, le passage partiel, en coulée, du thorotrast.

Cet aspect en coulées de l'artériogramme permet d'affirmer la trombose et d'éliminer l'embolie.

P. Grisel.

LYON MÉDICAL

Pallasse, Sédallian et **Peissel**. ***Un nouveau cas de maladie de Milkman*** (*Lyon-Médical*, t. **164**, n° 17, 28 Avril 1940, p. 257-267). — Une femme de 63 ans présentait, depuis 12 à 13 ans, des douleurs spontanées et exagérées par la marche au niveau d'une cheville, puis à la totalité des deux membres inférieurs, depuis 8 ans, des douleurs intercostales et enfin des douleurs au niveau de la colonne vertébrale et du thorax. La maladie avait une allure progressive, avec aggravation des phénomènes algiques qui réduisirent bientôt la malade à l'impotence, elle dut garder le lit ou rester immobile dans un fauteuil et son état général déclina. La pression des os était douloureuse un peu partout, notamment au niveau des crêtes iliaques du thorax, du bras et de l'avant-bras. Aucune atteinte articulaire. Système nerveux normal.

La radiographie montra à la face interne des deux fémurs une encoche atteignant la partie médiane de la diaphyse et à peu près symétrique, réalisant l'image d'une fracture incomplète, sans déplacement. La radiographie de tout le squelette montra une décalcification générale des os, un trait de fracture au niveau de la branche horizontale des deux pubis, sans le moindre déplacement. Il existait en outre, une mince fissuration du radius gauche et une à la partie médiane du cubitus droit. Scoliose à convexité droite et cyphose. Trait de fracture complète des 11° et 12° côtes droites sans déplacement ni déformation. Pas de symétrie des 4 dernières fractures.

La calcémie était de 0 *g*. 074 au cours du premier examen, et de 0 *g*. 140 4 jours plus tard.

Sous l'influence d'un traitement de calcium intraveineux, d'ergostérol irradié et de vitamine C, il y eut une amélioration immédiate des phénomènes subjectifs, les douleurs intolérables et l'impotence s'atténuèrent, la malade fut bientôt capable de faire quelques pas. P., S. et P. rapprochent cette observation d'un cas analogue de Paupert-Ravault, Girard et Didierlaurent décrit dans la thèse de Ghielman, sous le nom de « syndrome de Milkman » « fissuration spontanée et symétrique des os ».

Robert Clément.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL (Buenos Aires)

A.-H. Roffo et **A.-E. Roffo**. ***L'excitation de la fluorescence des lésions hypercholestériniques précancéreuses par la lumière de Wood*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, an. **16**, n° 51, Août 1939, p. 209-239). — Dans un travail antérieur, datant de 1926, R. et R. ont prouvé que les tissus cancéreux contenaient un taux de cholestérol plus élevé que normalement. On sait d'autre part que le cholestérol présente une propriété de luminescence lorsqu'on l'irradie. (La fluorescence du cholestérol chimiquement pur est légèrement bleutée, celle de ce corps irradié est jaune.) Cette propriété existe dans le cholestérol tissulaire, et le cholestérol extrait des tissus irradiés présente ce même phénomène. Or, les lésions précancéreuses de la peau sont hypercholestériniques et par leur emplacement, en général, fortement irradiées par les rayons ultra-violets solaires. En examinant ces lésions à la lumière de Wood, elles se montrent fortement fluorescentes. Il existe donc une concordance certaine entre ce phénomène biologique tissulaire et les déterminations effectuées « in vitro ».

Les auteurs pensent que l'application de cette propriété à l'examen clinique des lésions suspectes permettrait d'établir l'hypercholestérinie des tissus lésés et par cela aiderait au diagnostic précoce du cancer.

Robert Coronel.

A.-H. Roffo. ***A propos des filtres des fumeurs. Valeur du narguilé et du coton considérés comme filtres du goudron du tabac*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, an. **16**, n° **51**, Août 1939, p. 255-268). — Effectuant des expériences sur le filtrage des goudrons du tabac, R. a trouvé que le système du lavage (narguilé) et du filtrage (par le coton) ne détruit pas la propriété cancérigène de ce produit. Cependant, l'eau du narguilé et le coton filtrant retiennent une quantité appréciable de tabac.

Bien que ceci ne soit pas un moyen de prévention absolue dans la prophylaxie du cancer dû au tabac, ce fait permet d'en déduire que la quantité de goudron produite est moindre. Ceci est corroboré par l'expérimentation sur l'animal. (L'apparition des lésions est plus tardive chez les animaux traités avec le goudron de la fumée filtrée.)

Robert Coronel.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

S. Williams (Melbourne). ***Un bref aperçu de quelques poliomyélitiques examinés durant l'épidémie de Victoria de 1937-1938*** (*The medical Journal of Australia*, an. **27**, vol. **1**, n° **5**, **3** Février 1940, p. 147-148). — 133 poliomyélitiques et 41 suspects furent examinés par W. pendant la grande épidémie australienne. 66 étaient au stade préparalytique, ce qui prouve la rapidité avec laquelle les parents ont alerté le médecin dès les premiers symptômes. 15 sujets, c'est-à-dire 27 pour 100 des cas, n'eurent pas de paralysie. On peut les considérer comme des formes abortives de poliomyélites. 57 enfants étaient déjà paralysés au premier examen. La mortalité de 3 pour 100 est au-dessous de la mortalité générale de l'épidémie.

Douze à dix-huit mois après le début de la paralysie, 48 des poliomyélitiques, c'est-à-dire 80 pour 100 étaient encore en traitement, la plupart d'entre eux s'améliorant lentement. 11, c'est-à-dire 19 pour 100, étaient guéris.

Les enfants considérés comme suspects, le plus souvent n'avaient pas de poliomyélite. Dans 6 cas, la ponction lombaire fut une aide précieuse pour le diagnostic. 2 enfants présentant de la lymphocytose, firent ultérieurement des paralysies, alors que 4 suspects ayant un liquide céphalo-rachidien normal, n'eurent pas de poliomyélite. La céphalée frontale, la somnolence et les douleurs de la nuque et de la colonne vertébrale sont les symptômes les plus importants, ainsi que la raideur de la nuque et le tremblement des membres.

Robert Clément.

D. G. Hamilton. ***Poliomyélite antérieure aiguë. Revue de 250 cas à Sydney, durant l'épidémie de 1937-1938*** (*The medical Journal of Australia*, an. 27, vol. 1, n° 5. 3 Février 1940, p. 148-156). — 357 cas de poliomyélite aiguë sont survenus durant l'été 1937-38. 250 enfants furent soignés à l'hôpital Royal Alexandra; parmi les cas identifiés, 40 pour 100 présentèrent une paralysie spi-

25 ANNÉES D'EXPÉRIENCE

CONFORT EFFICACITÉ RÉPUTATION

PTOSES VISCÉRALES

SULVA

SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE

Les CEINTURES "SULVA"
AVEC OU SANS PELOTES
RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE
DES FONCTIONS DIGESTIVES



PHYTOTHÉRAPIE GASTRO-INTESTINALE

ISPAGHUL

TROUETTE-PERRET

Mucilage naturel, lubrifiant — Rééduque l'intestin
TRAITEMENT IDÉAL DE LA CONSTIPATION

INNOCUITÉ ABSOLUE — TOLÉRANCE PARFAITE
ACTION EXCLUSIVEMENT MÉCANIQUE

DOSES - *Adultes :* 1 cuillerée à soupe aux 2 repas
Enfants : 1 cuillerée à café ou à dessert aux 2 repas

Les semences doivent être prises à sec, dans le potage ou la boisson

LITTÉRATURE ET ÉCHANTIONS AUX
Laboratoires CONDOU & LEFORT, 61, Avenue Philippe-Auguste — PARIS (XIe)
BELGIQUE : Ets COCHARD, 5-7, rue Charles-Parenté — BRUXELLES

nale, 6 pour 100 une paralysie bulbaire, 3 pour 100 des phénomènes ataxiques et 2 pour 100 un syndrome encéphalitique ; 42 pour 100 n'eurent pas de paralysie.

La période préparalytique eut une durée moyenne de quatre jours suivie soit de paralysie, soit de convalescence. Dans quelques cas cependant la paralysie fut le premier symptôme. La raideur de la colonne vertébrale fut observée dans 80 pour 100 des cas, même dans les formes non paralytiques. La lymphocytose rachidienne varia de 7 à 22 leucocytes et l'albuminose de 0,63 à 1 *g*.. C'est le second et le troisième jour que les altérations du liquide céphalo-rachidien sont le plus marquées. La proportion des lymphocytes va en augmentant de 25 à 100 pour 100, alors que celle de mononucléaires va en diminuant du premier au quatorzième jour, de 75 pour 100 à 0.

Deux enfants avaient été déjà atteints de poliomyélite au cours d'une épidémie antérieure ; 2 autres présentèrent des rechutes au cours de leur séjour à l'hôpital, alors qu'ils paraissaient guéris.

Le sérum de convalescent ne fut administré qu'à 5 enfants. On eut l'impression qu'il n'eut aucun effet ni pour raccourcir la période fébrile, ni pour prévenir le dévelopement de la paralysie ou diminuer la paralysie déjà établie. Des injections intraveineuses d'une solution hypertonique de glucose à 20 pour 100 furent faites à 5 autres sujets. Cette thérapeutique sembla de grande valeur pour diminuer la somnolence et les malaises, mais sans effet pour prévenir les paralysies.

L'amélioration obtenue par les bains chauds ne fut pas frappante. A d'autres, on donna des bains frais. Au stade paralytique, le traitement consista seulement en mise en position de relâchement des muscles paralysés, hydrothérapie, rééducation musculaire par mouvements actifs et passifs.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

A.C. Drogendijk (Dordrecht). ***La prophylaxie de l'encéphalite post-vaccinale*** (*Bruxelles-Médical*, t. **20**, n° 20, 17 Mars 1940, p. 617-625). — Le risque d'encéphalite est beaucoup moins grand pour les très jeunes enfants que pour les autres. Il y a donc intérêt à pratiquer l'inoculation dans la toute première jeunesse, c'est-à-dire à l'âge de 1 à 2 mois. On admet que le risque d'encéphalite augmente après la naissance parce que diminue l'immunité passive transmise par la mère à travers le placenta pendant la vie intra-utérine. Si l'on vaccine les mères pendant la grossesse, l'inoculation est plus souvent négative au cours des premiers mois. Il y aurait peut-être intérêt à pratiquer cette vaccination systématiquement.

Il ne semble pas qu'il y ait une période de l'année préférable. Il vaut mieux éviter l'inoculation lorsqu'il existe dans la région des cas d'encéphalite, de poliomyélite ou d'autres affections du système nerveux.

Les expériences faites avec de la lymphe vaccinale diluée au dixième ou au centième ont montré que les complications du système nerveux central ne sont pas complètement supprimées par ces précautions.

La réduction du nombre des scarifications ne diminue que très peu le risque d'encéphalite. Cependant, puisqu'une ou deux pustules vaccinales fournissent une immunité suffisante, on peut se limiter à une ou deux incisions.

Pour éviter les réactions vaccinales fortes, qui provoqueraient plus facilement des lésions au système nerveux, on peut pratiquer la vaccination d'une manière fractionnée ou par voie sous-cutanée ou cutanée.

Des expériences sur le lapin ont montré que l'injection simultanée d'un sérum immunisé exerce une action protégeante immédiate. L'administration de ce sérum ne nuit pas au développement de l'immunité active.

Les essais d'utilisation d'un vaccin tué par la chaleur n'ont pas été poursuivis parce qu'ils provoquent une immunité douteuse.

Il faut espérer que des modifications dans la préparation du vaccin permettront d'atténuer son neurotropisme, tout en lui conservant intact son dermotropisme.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

L. Brüll, P. Van Pee et **P. Dumont** (Liége). ***Résultats proches et éloignés de la radiothérapie de 100 cas de goitres toxiques*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **12**, n° 2, Février 1940, p. 33-54). — Dans une première série de 46 cas de goitres toxiques, le poids moyen était avant le traitement de 53 *kg*., après de 60 *kg*. La moyenne de la fréquence du pouls était avant 101, après 88; la moyenne du métabolisme avant + 37 et après + 7. Ces résultats étant constatés quelques mois après la radiothérapie. Des 46 sujets, 33 furent rendus à la vie normale, 3 sont morts, 8 fois le résultat fut incomplet ou un échec et 2 ont été perdus de vue.

Les 31 malades de cette série ont pu être examinés 5 à 9 ans plus tard. Chez 3 seulement persistaient des troubles cardiaques, tachyarythmie avec palpitations. Les 28 autres n'avaient pas de signes basedowiens, mais 7 femmes présentaient des troubles neuropathiques, 7 autres ont de l'hypothyroïdie plus ou moins marquée.

Dans une deuxième série de 54 cas, les résultats immédiats furent un peu moins nets, parce que les examens comparatifs furent faits immédiatement après les irradiations. 41 malades, soit 76 pour 100 furent rendus à la vie normale ou subnormale. Sept (13 pour 100) furent améliorés, 6, soit 11 pour 100 restèrent stationnaires.

Dans l'ensemble, on peut compter que les 3/4 des malades sont transformés par la radiothérapie.

Un quart des irradiés font à plus ou moins longue échéance de l'hypothyroïdie, qui peut aller jusqu'au myxœdème.

Il vaudrait mieux agir moins radicalement et ne pas avoir la prétention de faire cesser toute hyperthyroïdie tolérable, on éviterait peut-être ainsi l'hypothyroïdie.

La chirurgie fait tout ce que fait la radiothérapie et en moins de temps; ses résultats dépassent eux aussi souvent le but et de la même façon et, avec la même imprévisibilité. Elle peut même déclencher des tétanies qu'on n'a pas vues avec la radiothérapie.

Lorsque les goitres toxiques sont bien préparés et correctement opérés, les résultats sont préférables pour tous les cas que leur âge et leur résistance permettent d'opérer. Mais entre des mains non expérimentées le résultat de l'intervention chirurgicale peut être beaucoup plus catastrophique que celui de la radiothérapie. Il faut être éclectique et peser pour chaque cas les avantages et les inconvénients des deux méthodes.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

J. Demoor (Bruxelles). ***Rôle des phénomènes humoraux dans le réglage du travail cardiaque*** (*Le Scalpel*, t. **13**, n° 17, 27 Avril 1940, p. 581-584). — Des expériences *in vitro* sur l'oreillette gauche isolée, débarrassée de la membrane interauriculaire montrent qu'il est possible de transformer par voie humorale, la contractilité irrégulière du myocarde en activité rythmée.

L'oreillette droite, isolée et immergée dans du liquide de Locke a des contractions rythmées: ce rythme est l'expression des activités associées du myocarde automatique et du nœud de Keith. Le rôle de ce nœud est démontré par le fait qu'après sa résection, l'oreillette perd son rythme et présente des secousses inégales et apériodiques.

L'addition d'extrait aqueux ou alcooliques de nœud de Keith ou de toute autre partie du tissu nodal au bain dans lequel l'oreillette travaille arythmiquement provoque un travail rythmé. Si l'on fixe une oreillette droite à côté d'un oreillette gauche battant irrégulièrement, 15 ou 30 minutes après, cette dernière prend une allure rythmée qui persiste sous l'influence toujours renouvelée des substances diffusées par le tissu nodal de l'oreillette droite.

Ces « substances actives » sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. L'adrénaline et l'acétylcholine n'agissent que sur le tissu myocardique déjà influencé par les substances actives nodales.

Seules ces substances actives nodales ont le pouvoir de transformer le travail myocardique fondamental en une activité rythmée et de sensibiliser le muscle aux substances ayant une action sur les nerfs extrinsèques du cœur.

Robert Clément.

LAVAL MÉDICAL
(Québec)

G.-H. Larue et **A. Pelletier** (Québec). ***Traitement des psychoses par le métrazol depuis un an et demi. Avantages et inconvénients (paralysie du sciatique poplité externe)*** [*Laval-Médical*, t. **5**, n° 4, Avril 1940, p. 149-155]. — Depuis Mai 1938 jusqu'à Janvier 1940, 255 malades ont été traités par le métrazol: 94 hommes pour la plupart déments précoces, 161 femmes atteintes de diverses psychoses.

Les rémissions complètes ont varié de 27 pour 100 chez les hommes à 34 pour 100 chez les femmes. Les améliorations ont été de 33 pour 100 chez les hommes et de 45 pour 100 chez les femmes. 39 pour 100 des hommes et 20 pour 100 des femmes n'ont pas été améliorés. Dans l'ensemble, 60 pour 100 des sujets ont été libérés, mais 5 ont dû être admis de nouveau à l'hôpital.

L'enthousiasme du début a été un peu refroidi par les accidents dont les plus sérieux sont des fractures du rachis.

Chez deux malades, on a eu l'occasion d'observer une paralysie unilatérale du sciatique poplité externe uniquement motrice, paralysie flasque avec conservation des réflexes tendineux. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'atteinte du neurone périphérique, L. et P. émettent l'hypothèse qu'il s'agirait d'une lésion hémorragique de l'écorce cérébrale.

Les luxations articulaires des membres et du maxillaire sont facilement évitables.

Ces complications ne suffisent pas à contre-indiquer le traitement car les avantages les dépassent de beaucoup. Cette nouvelle thérapeutique comble une grande lacune dans le traitement des psychoses, principalement de la démence précoce.

Robert Clément.

M. Samson (Québec). ***Considérations sur les fractures vertébrales consécutives à la thérapeutique par le métrazol*** (*Laval-Médical*, t. **5**, n° 4, Avril 1940, p. 161-165). — 3 à 20 secondes après l'injection intraveineuse de métrazol, survient une crise épileptiforme plus ou moins violente. A une phase clonique de 10 secondes environ succède une phase tonique de 5 à 10 secondes et enfin une nouvelle période clonique de 30 à 40 secondes.

Au début de la dernière phase convulsive, certains malades ont plusieurs mouvements violents de flexion de la colonne vertébrale. De l'opinion générale, c'est à ce moment que se produisent les

ARCACHON

Clinique du Dr Lalesque

DIRIGÉE PAR DES RELIGIEUSES

TUBERCULOSES CHIRURGICALES
ORTHOPÉDIE - HÉLIOTHÉRAPIE
PAS DE CONTAGIEUX
REÇOIT ASSURÉS SOCIAUX ET MUTUALISTES
DEMANDER LA NOTICE GRATUITE

GOMENOL
(Nom et Marque déposés)
Antiseptique idéal interne et externe
Inhalations - Emplois chirurgicaux
GOMENOL RUBEO - Aseptie du champ opératoire
GOMENOL SOLUBLE - Eau gomenolée

GOMENOLÉOS
dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %
en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.
Tous pansements internes et externes
IMPRÉGNATION GOMENOLÉE
par injections intramusculaires indolores

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL
Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.
toutes formes pharmaceutiques

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-Xe

CELLUCRINE

Régénération Sanguine
par un
principe spécifique globulaire

Toutes les anémies
Déficiences organiques

Dragees de 0 gr. 40 contenant 0 gr 035
du principe actif

ACTION RAPIDE ET DURABLE

AUCUNE CONTRE-INDICATION TOLÉRANCE ABSOLUE

H. VILLETTE & Cie Pharmaciens
5, Rue Paul Barruel · Paris 15e

DRAGÉES Laboratoire des Produits SCIENTIA.21.Rue Chaptal. Paris. 9e GRANULÉS

PEPTALMINE
MAGNESIÉE

TROUBLES
HEPATO-BILIAIRES
COLITES

CHOLAGOGUE

INSUFFISANCE
HEPATIQUE
MIGRAINES

POSOLOGIE 2 CUILLERÉES A CAFÉ DE GRANULÉS OU 4 DRAGÉES UNE HEURE AVANT CHACUN DES 3 REPAS

fractures de la colonne vertébrale. Celles-ci sont fréquentes. Polatin, sur un groupe de 51 malades, traités par le métrazol, a observé 22 fractures vertébrales (43,1 pour 100); Brehett. 8 fractures sur 17 malades. S. a constaté 6 fractures sur 18 malades radiographiés.

Les fractures siègent à la partie moyenne de la colonne dorsale (5e et 6e vertèbre surtout), ce qui contraste avec les fractures par écrasement traumatique, toujours beaucoup plus basses.

Quel est l'avenir de ces malades, qui présentent le plus souvent un tassement du corps vertébral? Se produira-t-il des complications du côté des corps vertébraux, ou hernie ou rupture des disques intervertébraux? Le recul du temps permettra seul de le dire.

ROBERT CLÉMENT.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

A. Hoyne, A. Wolf et **L. Prim.** ***La proportion de morts dans le traitement de 998 malades atteints d'érysipèle : l'influence de la sulfanilamide*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **113**, n° 26, 23 Décembre 1939, p. 2279-2281). — Les auteurs exposent dans cet article la statistique de la mortalité des 1.000 malades traités pour érysipèle entre 1929 et 1939 au Cook Country Hospital. Cette statistique est surtout intéressante en ce qu'elle montre une impressionnante diminution du taux de la mortalité entre 1937 et 1938, années de l'introduction de la sulfanilamide dans la thérapeutique de cette affection : mortalité qui tombe de 17-18 pour 100 à 2 pour 100. Ce dernier chiffre est d'ailleurs tout à fait comparable à celui d'autres statistiques récentes et démontre combien la gravité de l'érysipèle a diminué depuis l'apparition de la sulfanilamide.

R. RIVOIRE.

W. Altemeier et **H. Jones.** ***La péritonite expérimentale ; sa prévention par la radiothérapie*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **114**, n° 1, 6 Janvier 1940. p. 27-29). — A. et J. ont observé expérimentalement que l'irradiation par des rayons X de haut voltage protège le lapin contre l'inoculation intrapéritonéale de cultures virulentes. Les meilleurs résultats s'observent après administration de 90 pour 100 d'une dose érythémateuse humaine, et le maximum de protection est atteint 4 à 6 semaines après l'inoculation. La nature de cette immunité est totalement inconnue.

Ces recherches expérimentales apportent un support intéressant à la pratique des irradiations préopératoires dans le traitement des cancers abdominaux, en particulier du cancer du rectum et du côlon : il est probable que l'irradiation de la tumeur quelques semaines avant l'intervention renforce l'immunité anti-infectieuse du péritoine, et par conséquent les risques de péritonite post-opératoire.

R. RIVOIRE.

H. Gotshalk et **I. Tilden.** ***Nécrose de l'hypophyse antérieure à la suite d'un accouchement*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **114**, n° 1, 6 Janvier 1940, p. 33-35). — G. et T. ont observé, à l'autopsie d'une accouchée morte de sévère hémorragie de la délivrance, une nécrose hémorragique du lobe antérieur de l'hypophyse. Bien que la malade soit morte quelques heures après l'apparition de cette hémorragie pituitaire, il est probable qu'une cachexie de Simmond se serait développée ultérieurement si elle avait survécu. En tout cas, cette observation prouve la possibilité d'une destruction hémorragique de l'apophyse au cours de la parturition : et l'on sait la fréquence des cachexies de Simmond après accouchement.

R. RIVOIRE.

F. Chandler et **J. Norcross.** ***Le sympaticoblastome*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **114**, n° 2, 13 Janvier 1940, p. 112-117). — Dans cette excellente revue générale, C. et N. passent en revue les différents types de sympathicoblastomes et publient 4 observations inédites de ces tumeurs observées chez des enfants. Le diagnostic de sympathicoblastome est toujours difficile, parce que la tumeur peut s'observer dans toutes les régions du corps, mais un certain nombre de symptômes communs permettent le plus souvent un diagnostic clinique. Le traitement chirurgical ou radiothérapique n'a aucune influence sur l'évolution fatale et rapide de la tumeur.

R. RIVOIRE.

A. Ochner et **M. Debakey.** ***La trombophlébite ; rôle du vasospasme dans le déterminisme des manifestations cliniques*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **114**, n° 2, 13 Janvier 1940, p. 117-123). — Dans cet article d'un puissant intérêt, O. et D. exposent les résultats obtenus par eux dans le traitement des phlébites par le blocage cocaïnique des ganglions sympathiques. Pour eux, les symptômes de la phlébite ne sont pas dus à un blocage mécanique des systèmes veineux et lymphatiques, mais à un spasme artério-veineux ayant son origine dans le segment veineux thrombosé. En bloquant les stimuli vasoconstricteurs par blocage du sympathique, on rétablirait ainsi un échange liquidien normal à la fois intra- et périvasculaire.

O. et D. ont traité de cette façon 17 cas de phlébite, avec des résultats impressionnants : disparition immédiate des douleurs dans tous les cas; disparition de la fièvre en 48 heures dans la moitié des cas, et maximum en 6 jours ; disparition de l'œdème en 8 à 10 jours : 60 pour 100 des malades quittant l'hôpital guéris 8 jours après le début du traitement; aucun accident.

Les résultats de cette thérapeutique paraissent si brillants qu'un essai sur une plus grande échelle mérite d'être tenté sans délai.

R. RIVOIRE.

J. Talbott et **M. Brown.** ***Le syndrome de Ménière : équilibre acido-basique du sang ; traitement par le chlorure de potassium*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 2. 13 Janvier 1940, p. 125-130). — T. et B. ont étudié chez 48 malades atteints de syndrome de Ménière l'équilibre acido-basique, en particulier la proportion de base fixée, de rodium, de potassium, de calcium, de chlore, de phosphate, de protéine et d'azote non protéique. Aucune variation constante ne put être décelée, sauf chez 4 malades où le sang prélevé au cours d'une crise aiguë révéla une augmentation du potassium et une diminution de rodium plasmatique. Il ne semble donc pas possible de soutenir que la cause du syndrome de Ménière soit une rétention d'eau et de sel. D'ailleurs, les auteurs ont essayé sans succès de déterminer une crise aiguë en administrant par voies buccale et veineuse de grosses quantités de chlorure de rodium. Au contraire, l'administration de chlorure de potassium, sans aboutir à une guérison complète des malades ,semble avoir de très heureux effets.

R. RIVOIRE.

M. Walsh et **A. Adson.** ***Le syndrome de Ménière ; traitement médical et chimique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 2, 13 Janvier 1940, p. 130-136). — Dans cette revue générale, basée sur la statistique de la Clinique Mayo, W. et A. s'efforcent de comparer les résultats obtenus par les traitements médicaux et chirurgicaux dans le syndrome de Ménière. De cette étude il résulte que les meilleurs résultats ont été obtenus par la section de la portion vestibulaire du nerf acoustique. Cependant, le traitement médical n'est pas sans valeur, et doit toujours être tenté avant d'envisager le traitement chirurgical.

R. RIVOIRE.

G. Prather. ***Affections traumatiques du rein : observations cliniques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 3, 20 Janvier 1940). — P. Passe en revue les affections traumatiques du rein, qu'il classifie ainsi : contusions du rein, ruptures sous-capsulaires, lacération du rein et de la capsule, rupture du pédicule rénal. Il étudie, avec des exemples à l'appui, les indications opératoires dans chaque cas et le pronostic, et insiste surtout sur les moyens de diagnostic appropriés. Mais l'article ne contient rien de nouveau ni de particulièrement intéressant sur le sujet.

R. RIVOIRE.

N. Newbill. ***La durée de la vie après accident cérébro-vasculaire : étude de 296 cas avec autopsie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 3, 20 Janvier 1940, p. 236-237). — D'une étude statistique de près de 300 cas de lésions vasculaires cérébrales vérifiées par l'autopsie, N. tire les conclusions suivantes :

1° La mort rapide (dans les premières heures après l'accident) est l'exception plutôt que la règle ;

2° L'hémorragie cérébrale est plus souvent responsable de la mort lorsque celle-ci survient dans les premières vingt-quatre heures, tandis que la thrombose est beaucoup plus fréquente chez les malades ayant survécu plus d'un mois;

3° La survie moyenne après hémorragie est quinze fois plus longue qu'après hémorragie ou embolie;

4° La survie est plus longue chez les blancs et chez les femmes;

5° La plus longue survie s'observe chez les malades âgés de 20 à 40 ans;

6° Comme on pouvait s'y attendre, le siège de la lésion et le nombre des lésions sont des facteurs essentiels dans la durée de la survie.

R. RIVOIRE.

W. Daudy. ***La section de la tige pituitaire humaine ; ses relations avec le diabète insipide et les fonctions hypophysaires*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 4, 27 Janvier 1940, p. 312-314). — D. expose dans cet article une bien intéressante observation, qui permet de conclure de façon quasi expérimentale sur une question à l'heure actuelle très controversée, celle de l'influence de la section de la tige pituitaire sur les fonctions hypophysaires. Il s'agit d'une malade opérée par D. il y a onze ans, pour une cécité progressive que l'on pensait en relation avec une tumeur de la région optique et qui était due en réalité à une sclérose en plaques. Au cours de l'intervention exploratrice, la tige pituitaire fut sectionnée, sans la moindre effusion de sang et sans qu'aucun traumatisme, si léger soit-il, eût affecté l'hypophyse et la région infundibulo-tubérienne. La nuit après l'opération, un diabète insipide apparut, qui persiste inchangé onze ans après la section de la tige pituitaire. Par contre,l'histoire ultérieure de l'opérée ne montra aucun trouble de la fonction hypophysaire : elle eut des enfants qu'elle nourrit au sein, elle eut des règles absolument normales et régulières, sa tension artérielle fut toujours normale ,elle n'eut pas d'amaigrissement, pas de modifications de la peau ni des cheveux ni des poils, pas de glycosurie.

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr **Gaston MAILLARD**, Ancien Interne des hôpitaux de Paris, Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT



INSTALLATION

de premier ordre

NOTICE sur demande





2, rue Dispan, 2

L'HAY-les-ROSES (Seine)

TÉLÉPHONE : 5



MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Seule Poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.

HOLOVARINE

POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL

DOSE : 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.

Echantillons gratuits sur demande

LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

48, Rue de la Procession. PARIS (15e). Tél. Ségur : 26-87

NEO-SOLMUTH

Solution huileuse de Campholate de Bismuth
contenant 0,04 cg. de Bismuth Métal par c. c.

STABILITÉ ABSOLUE ::: INDOLENCE PARFAITE

Ampoules de 1 ou 2 c. c. Boîte de 12 ampoules.

— Injections Intra-musculaires —

LABORATOIRES L. LECOQ & F. FERRAND, 14, rue Aristide-Briand — LEVALLOIS

En somme, la seule modification des fonctions hypophysaires déterminée chez cette femme par la section de la tige pituitaire fut un diabète insipide définitif.

R. Rivoire.

O. Steinbrocker, G. Mac Eachern, E. La Motta et **T. Brooks.** ***Expériences avec le venin de cobra dans les arthralgies et les affections analogues*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 4, 27 Janvier 1940, p. 318-322). — Les auteurs ont essayé le venin de cobra chez des malades atteints de rhumatisme chronique douloureux. Les doses injectées étaient de 10 unités-souris par jour, pendant 5 à 10 jours. Chez d'autres malades analogues, des injections intramusculaires de sérum physiologique étaient faites, afin d'éliminer l'influence possible de la suggestion.

Les résultats de cette thérapeutique, sans être brillants, sont cependant dignes d'être notés: près de 60 pour 100 des malades eurent une diminution notable des douleurs, sans que dans un seul cas on ait vu une disparition totale. Les meilleurs résultats furent obtenus dans les arthrites rhumatismales, alors que dans la maladie de Marie-Strümpel et dans les fibro-myosites, les résultats ont été presque nuls.

R. Rivoire.

A. Bennett. ***La prévention des complications traumatiques dans la thérapeutique convulsivante par le curare*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 4, 27 Janvier 1940, p. 322-344). — B. a utilisé le curare pour prévenir les complications mécaniques, notamment les fractures vertébrales, si souvent observées au cours des convulsions par le métrazol, et qui sont la plus forte objection à la généralisation de ce traitement dans les affections mentales. La technique est la suivante: injection intraveineuse lente d'une solution alcoolique de curare brut et qui est essayé sur la souris avant l'emploi (la dose mortelle est variable avec chaque lot de curare). L'injection de curare détermine très rapidement l'apparition d'une paralysie de type myasthénique, commençant par les yeux, et complète en cinq minutes environ. Dès que l'effet du curare est obtenu, on pratique l'injection intraveineuse de métrazol comme d'ordinaire: l'effet convulsivant habituel est obtenu, mais les contractions cloniques et toniques sont beaucoup moins intenses. Quand le malade reprend conscience, l'effet du curare a déjà disparu.

L'auteur a employé assez fréquemment cette technique et n'a jamais jusqu'ici observé d'accident attribuable au curare ni aucune complication traumatique.

R. Rivoire.

E. Lehman et **H. Rapaport.** ***Manifestations cutanées de carence en vitamine A chez l'enfant*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **114**, n° 5, 3 Février 1940, p. 386-393). — L. et R. ont observé chez 9 enfants une dermatose particulière, analogue à la kératose pilaire, qui serait pour eux due à une manifestation cutanée de l'avitaminose A. Cette affirmation est basée essentiellement sur des études biophotométriques et sur l'efficacité du traitement vitaminique, mais aucun dosage de la vitamine A dans le sang n'a été pratiqué, ce qui diminue singulièrement la valeur de leurs observations. En ce qui concerne le traitement, il fallut 100.000 à 300.000 unités par jour pendant 2 à 4 mois pour obtenir la guérison des manifestations cutanées.

R. Rivoire.

S. Levinson, F. Neuwelt et **H. Necheles.** ***Le sérum humain en remplacement du sang dans le traitement des hémorragies et du shock*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 6, 10 Février 1940, p. 455-461. — L., N. et N. ont accompli une importante étude expérimentale chez le chien, afin de vérifier si l'injection de sérum de chien avait la même efficacité que les transfusions de sang total en cas d'hémorragie. Leurs conclusions sont entièrement favorables à cette thérapeutique, car l'injection immédiate de sérum en quantité suffisante pour rétablir le volume sanguin en cas d'hémorragie abondante détermine une ascension rapide et prolongée de la tension artérielle et empêche l'apparition du shock secondaire. Il semble que la diminution du nombre des globules rouges n'ait pas une grande importance, excepté lorsqu'elle est trop accentuée.

L'administration de sérum a un gros avantage sur la transfusion, c'est qu'elle peut être pratiquée immédiatement après l'accident, sans aucune réaction d'agglutination préalable: alors que la transfusion, même lorsque l'organisation est parfaite, demande toujours un certain délai: d'où la possibilité de shock secondaire.

Le sérum naturel présente d'autre part de gros avantages sur le sérum artificiel, qui ne détermine qu'une ascension brève de la tension artérielle.

L., N. et N. ont d'ailleurs essayé, dans plusieurs cas d'hémorragies graves, chez l'homme, des injections de sérum humain, et les résultats ont été toujours favorables: il n'y eut aucun inconvénient sérique.

Ce travail est gros de conséquences au point de vue militaire, car si l'injection de sérum humain s'avérait aussi favorable que la transfusion sanguine, elle simplifierait singulièrement l'organisation du traitement des hémorragies de guerre.

R. Rivoire.

J. Gordon et **C. Heacock.** ***Démonstration radiologique d'effusions gazeuses localisées dans la maladie des caissons*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 7, 17 Février 1940, p. 570-571). — G. et H. rapportent une intéressante observation de maladie des caissons, où l'examen radiologique immédiatement après l'accident révéla la présence dans les synoviales du genou de masses gazeuses, vraisemblablement de l'azote échappée du sang au cours d'une décompression trop rapide. Six semaines après l'accident, un nouvel examen radiographique montra la disparition de l'épanchement gazeux.

R. Rivoire.

W. Strond et **P. Twaddle.** ***Quinze ans d'observations d'enfants atteints de maladie cardiaque rhumatismale*** (*The Journal of the American médical Association*, vol. **114**, n° 8, 24 Février 1940, p. 629-634). — Ce travail représente une statistique de l'hôpital de Philadelphie pour les affections cardiaques infantiles. Il est basé sur l'étude de 685 enfants soignés à cet hôpital entre 1922 et 1938. Malgré le grand nombre de cas étudiés, il ne ressort rien de bien intéressant de cette étude, si ce n'est la mortalité relativement faible (21 pour 100) et le fait que la plupart de ces enfants ont pu recevoir une instruction et un apprentissage quasi normaux. Il semble bien que la plupart des enfants atteints de cardiopathies rhumatismales puissent mener une vie sociale appréciable, à condition d'instruire les enfants et leurs familles des précautions nécessaires.

R. Rivoire.

G. Dick et **G. Freeman.** ***L'artérite temporale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 8, 24 Février 1940, p. 645-647). — D. et F. rapportent deux observations d'une maladie exceptionnelle et ancienne, dont il n'existe que 9 cas dans la littérature, l'artérite temporale. Il s'agit d'une artérite subaiguë, bilatérale, frappant seulement les vieillards, s'accompagnant de fièvre, de douleur et de gonflement de la région temporale et de troubles visuels. La guérison est la règle, et l'étiologie de la maladie est complètement inconnue: on sait seulement que dans la plupart des cas elle succède à une infection des voies respiratoires supérieures.

Dans un des cas rapportés, une biopsie de l'artère temporale fut faite: elle ne révéla rien de caractéristique, si ce n'est la présence de cellules géantes dans les parois vasculaires; la culture d'un fragment artériel mit en évidence un streptocoque virulent.

R. Rivoire.

H. Weyranch. ***Mort par embolie gazeuse à la suite d'une insufflation périnéale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **114**, n° 8, 24 Février 1940, p. 652-653). — W. rapporte un cas de mort subite après insufflation périnéale, mort due à une embolie gazeuse démontrée par l'autopsie. Cette observation montre que cette méthode d'exploration des tumeurs surrénales est loin d'être exempte de danger, et l'on peut se demander si le risque couru peut être mis en parallèle avec les renseignements souvent peu démonstratifs que l'on obtient grâce à cette technique. Pour W., l'intervention exploratrice avec exposition simultanée des deux surrénales suivant la technique de Joung n'est probablement guère plus dangereuse et permet un diagnostic de certitude.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY
(Baltimore)

L. Alexander. ***Maladie de Wernicke. Identité des lésions produites expérimentalement par l'avitaminose B1 chez les pigeons et de la polio-encéphalite hémorragique alcoolique de l'homme*** (*The American Journal of Pathology*, t. **16**, n° 1, Janvier 1940, p. 61-71). — A. a réussi à reproduire la polio-encéphalite hémorragique de Wernicke en donnant à des pigeons une alimentation carencée en vitamine B^1, tout en comportant une quantité importante d'autres vitamines. Si les pigeons sont soumis à un régime entièrement dépourvu de vitamines, le béri-béri qui en résulte se complique rarement de lésions du type de Wernicke. On ne peut déterminer la maladie de Wernicke chez les pigeons qui reçoivent de la vitamine B1 cristallisée, bien qu'ils soient privés de toutes les vitamines ou de l'une d'entre elles pendant plus de six mois. Ces observations font penser que la vitamine B^1 possède des propriétés anti-angiodégénératives conjointement à ses propriétés antinévritiques et que de plus faibles doses de cette vitamine suffisent pour agir tant comme anti-angiodégénérative que comme antinévritique. Il semble que l'administration de fortes doses de vitamines A, B2, C et D lors de la carence en vitamine B^1 augmente le besoin des tissus en vitamine B^1 et que la dégénérescence des vaisseaux se manifeste bientôt après le début de la dégénérescence nerveuse. Si l'on compare la topographie des lésions du pigeon et leurs caractéristiques morphologiques et histologiques avec celles de la polio-encéphalite hémorragique supérieure de Wernicke chez l'homme, on constate leur parfaite identité. La dégénérescence des vaisseaux est la lésion primitive chez le pigeon comme chez l'homme et la nécrose subaiguë du parenchyme nerveux qui en résulte et s'accompagne de prolifération de la névroglie et des éléments endothéliaux et adventitiels des vaisseaux, ainsi que les hémorragies, sont les lésions secondaires, tant chez l'homme que chez le pigeon.

P.-L. Marie.

C.E. Benda. ***Troubles de développement du crâne dans le mongolisme*** (*The American Journal of Pathology*, t. **16**, n° 1, Janvier 1940, p. 71-87). — B. a étudié histologiquement chez les mongo-

Duna-Phorine

NOUVEAUX SELS ORGANIQUES DE MORPHINE

qui seuls permettent :

1° De régler, selon le but poursuivi, la vitesse d'apport de la morphine à l'élément nerveux;
2° D'utiliser pleinement les propriétés de l'alcaloïde, par conséquent d'en diminuer les doses;
3° D'éviter la majeure partie des actions préliminaires ou secondaires indésirables :: :: :: ::

AMPOULES à 1 °/o et 2 °/o (tableau B).	Duna-Phorine rapide Duna-Phorine lente Duna-Phorine mixte	3 Formules. 3 Modes d'Action.

SUPPOSITOIRES : Une seule Formule.

Les Laboratoires BRUNEAU & Cie, 17, rue de Berri, PARIS (8e).



LABORATOIRE CARLIER · 43, RUE DE CRÉTEIL · JOINVILLE-LE-PONT · (SEINE)

liens les synchondroses sphéno-occipitale et sphéno-ethmoïdale, ainsi que le tissu des vertèbres.

Il a constaté que chez ces sujets la prolifération du cartilage est absente ou insuffisante. Il fait ressortir les différences histologiques qui séparent le mongolisme de la chondrodysplasie et du crétinisme. La principale caractéristique du mongolisme qui le distingue du crétinisme, c'est que le trouble de développement ne se borne pas aux limites cartilagineuses épiphysaires, mais atteint également les os membraneux du crâne.

Les troubles du développement post-natal du crâne dans le mongolisme se caractérisent par un retard du développement en longueur de la base du crâne, un défaut de développement de l'appareil masticateur et des sinus, la brièveté du nez avec ensellure, la proportion fœtale entre le crâne et la face. Ces troubles sont analogues à ceux qu'on observe chez le jeune rat qui a subi l'hypophysectomie et sont attribuables à une insuffisance hypophysaire. Il semble y avoir à la base du mongolisme une absence congénitale ou un défaut des agents d'origine hypophysaire ou extra-hypophysaire qui stimulent la croissance et la différenciation durant les périodes anté- et post-natales.

P.-L. Marie.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

E.C. Reifenstein et **E. Davidoff** (New-York). ***L'empoi du sulfate d'amphetamine (Benzedrine) dans l'alcoolisme avec et sans psychose*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. 40, n° 4, 15 Février 1940, p. 247-252). — Dès l'admission d'un alcoolique, après examen physique et mental, on lui administre du sulfate d'amphetamine, sauf contre-indication par hypertension artérielle ou cardiopathie, à la dose de 20 à 30 *mg.* par jour en une seule fois, par la bouche ou intraveineux. Les réactions désagréables sont le plus souvent négligeables.

Dans une série de 100 cas d'alcoolisme, on a constaté que dans les troubles psychiques de l'alcoolisme aigu, le délai de guérison était considérablement diminué, fréquemment de moitié, et le nombre de celles-ci légèrement augmenté.

Dans les cas d'alcoolisme aigu sans manifestations psychiques, cette médication a une tendance abortive.

Dans les psychoses alcooliques prolongées, les résultats sont peu significatifs, sauf dans le syndrome de Korsakoff où les cas nécessitant l'internement furent moins nombreux que chez les sujets de contrôle non soumis à cette thérapeutique.

Dans quelques observations, on put observer l'effet préventif du traitement.

Dans les états alcooliques compliquant d'autres maladies mentales, le sulfate d'amphetamine put être d'une certaine valeur pour différencier les états de dépression dus à l'alcool, qui disparaissent rapidement en général avec les médications des autres syndromes psychopathiques sur lesquels elle n'a pas d'effet.

L.-J. Leahy (New-York). ***L'emploi d'un sulfanilamide dans l'empyème à streptocoque hémolytique*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. 40, n° 5, 1er Mars 1940, p. 347-362). — Dans 7 cas de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique, on a administré par la bouche et par voie intramusculaire un sulfanilamide à des doses variées; dans 1 cas, on a vérifié la concentration sanguine, qui était de 2 *mg.* 7 par centimètre cube et de 3 *mg.* dans le liquide pleural. En même temps, le pus intra-pleural était retiré par aspiration et deux fois par thoracotomie.

Ces 7 sujets ont tous guéri.

3 et 4 g. par jour pendant 64 jours dans 1 cas. Chez un autre sujet, on a vérifié la concentration médicamenteuse, qui était de 2 *mg.* 7 par centimètre cube dans le sang et de 3 *mg.* dans le liquide pleural.

Le pus intra-pleural fut retiré à plusieurs reprises par aspiration et trois fois on fit une thoracotomie suivie de drainage et d'irrigation au liquide de Daquin.

La durée de la maladie fut variable, de 6 semaines à 4 mois. Dans la majorité des cas, la baisse de la température se fit d'une façon progressive, en un temps variant de 9 à 45 jours.

Robert Clément.

S. Leibowitz (New-York). ***Odeur particulière des malades recevant le sulfanilamide*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. 40, n° 5, 1er Mars 1940, p. 363). — Chez les malades recevant le sulfanilamide, on a noté une odeur spéciale facile à déceler dans l'air expiré, mais qui parfois envahit la chambre et, dans d'autres cas, semble faire partie de l'odeur générale du corps. C'est une odeur plutôt agréable de fruits acides, un peu du même genre que celle de l'acétone, mais différente d'elle et habituellement plus forte.

Le médicament étant administré par voie buccale ou rectale, l'odeur apparaît dans un temps variant de plusieurs heures à deux jours. Il n'y a pas de rapports quantitatifs entre les doses prises et l'intensité de l'émanation. Dans un cas, le malade avait seulement reçu deux doses lorsque l'on décela l'odeur en entrant dans la chambre. Elle disparaît graduellement 1 à 3 jours après la fin du traitement.

La cause est encore inconnue; plusieurs malades avaient la bouche mal soignée, mais chez d'autres elle était en excellent état. La drogue est insipide et inodore.

Cette observation présente l'intérêt pratique de révéler l'administration du sulfanilamide lorsqu'on l'ignore.

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

Loyal Davis et **John Martin**. ***Conséquences de l'enlèvement de la glande pinéale chez de jeunes mammifères*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 43, n° 1, Janvier 1940, p. 23-46). Le rôle de l'épiphyse a été dans la première moitié de ce siècle l'objet de nombreux travaux dont les conclusions sont opposées. Au rôle de l'épiphyse D. et M. apportent une contribution expérimentale.

L'épiphyse a été enlevée à de jeunes rats, de jeunes chats, de jeunes chiens des deux sexes, et on a ensuite vu comment ils se comportaient.

La pinéalectomie chez les jeunes rats n'a pas entraîné de changements. La maturité sexuelle se présenta au même âge chez les rats opérés et les animaux de contrôle. Le développement somatique était un peu plus grand chez les mâles à la puberté.

Chez les chats, aucune différence de développement somatique et sexuel entre les femelles opérées et les animaux de contrôle. L'œstrus et la grossesse étaient normales. Mais les descendants des mâles pinéalectomisés étaient malingres. Sur 24 petits, 2 seulement vécurent plus de 48 heures. Les femelles opérées avaient perdu l'instinct maternel et allaitaient mal leurs petits. La maturation sexuelle chez les mâles opérés précédait de 4 à 5 mois celle des animaux de contrôle. Leur développement somatique était aussi plus précoce, et à l'âge adulte, ils étaient mieux développés. Les mâles opérés étaient moins joueurs, plus agressifs et plus querelleurs.

La seconde génération des chats, qu'il s'agisse de fœtus, ou de petits de plusieurs semaines, étaient peu différents des cas normaux. Des coupes en série de cerveaux de chats opérés ne montraient pas de dégénérescence des noyaux de l'habenula. Il n'existait pas de différence appréciable entre la thyroïde, la surrénale, et les ovaires des animaux opérés et de ceux qui ne l'étaient pas. Les testicules et l'hypophyse des mâles opérés étaient plus volumineux que ceux des animaux de contrôle. Et l'aspect histologique de ces organes traduisait une évolution plus avancée.

Un chien opéré, avant l'âge de 10 mois, avait un développement sexuel et somatique supérieur à celui de l'animal de contrôle.

De ces constatations on ne saurait déduire une fonction particulière de la pinéale. Il est permis de considérer toutefois qu'elle a un rôle glandulaire probablement endocrinien au cours de la vie des mammifères, et que, par un mécanisme inconnu, elle a une action sur le développement somatique et sexuel des animaux impubères.

H. Schaeffer.

LA CLINICA
(Bologne)

E. Tosàtti et **G. Montanari** (Rome). ***Les images capillaroscopiques des extrémités digitales chez les sujets ayant une suppuration pulmonaire*** (*La Clinica*, t. 5, nos 8-9, Septembre-Octobre 1939, p. 669-696). — T. et M., sur 46 cas de suppuration pulmonaire, ont rencontré 25 fois (soit 54,3 pour 100) l'hippocratisme digital ; une étude capillaroscopique faite sur 32 malades, dont 21 avec hippocratisme a montré les particularités suivantes ; le fond est orangé et non rose comme à l'état normal ; le nombre des anses capillaires est souvent diminué et celles-ci peu visibles ; leur polymorphisme est notable (aspects d'épingle à cheveux tordue, de peloton, de raquette, de massue, aspect en dôme) ; certaines sont très allongées, vertigineuses, d'autres raccourcies, fragmentées, trapues ; les anses sont dilatées dans leur plus grande partie, surtout dans le segment intermédiaire et le rameau veineux, avec des dilatations variqueuses et des ectasies caractéristiques au niveau du segment intermédiaire ; le réseau veineux sous-papillaire est souvent nettement visible ; les anastomoses artério-veineuses sont assez nombreuses ; le courant sanguin est dans la règle ralenti et la stase peut même être complète.

Ces modifications sont surtout accusées au niveau des doigts où l'hippocratisme est le plus net et peuvent précéder l'apparition de celui-ci ; elles sont bien distinctes de celles des sujets atteints de maladie congénitale du cœur ou de tuberculose pulmonaire ; mais il est impossible d'affirmer l'existence d'une image capillaroscopique caractéristique des suppurations pulmonaires. Il n'y a pas de doute qu'entre les modifications capillaires et la production de l'hippocratisme, il y a des rapports très étroits ; le mécanisme de l'hippocratisme est complexe dans les suppurations pulmonaires et des facteurs toxiques et des facteurs mécaniques s'ajoutent à un trouble particulier de l'hématose.

Lucien Rouquès.

E. Tosatti et **M. d'Agostino** (Rome). ***Sur la perméabilité de la muqueuse gastro-duodénale aux allergies de nature protéique et ses rapports avec l'état allergique et la symptomatologie douloureuse chez les individus porteurs d'ulcère gastrique ou duodénal*** (*La Clinica*, an. 5, nos 8-9, Septembre-Octobre 1939, p. 697-705). — Des recherches entreprises chez 28 sujets atteints d'ulcère gastro-duodénal et 6 témoins ont montré que chez tous les premiers et chez eux seuls, la muqueuse digestive laisse passer dans la circulation des substances protéiques ingérées ; on peut en effet avec le sérum de cheval ou l'ovalbumine sensibiliser un ulcéreux par voie buccale et déclencher une crise hémoclasique dont témoigne la leucopénie, en faisant ingérer le même antigène ou en l'injectant sous la peau ; on peut aussi après sen-


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
Société Industrielle de Thérapeutique Scientifique Appliquée
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
AIGUES ou CHRONIQUES
MEDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Ephédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & REMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS : 127, Bd St Michel — Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

sibilisation par voie sous-cutanée, déclencher une crise par ingestion. Une seule crise hémoclasique ne désensibilise pas le sujet, mais après des ingestions répétées quotidiennement pendant un temps variant suivant les individus, le sujet se trouve désensibilisé ; le sujet peut ensuite se resensibiliser vis-à-vis du même ou d'un autre antigène.

Chez un ulcéreux sensibilisé, l'ingestion de l'antigène peut provoquer des nausées, des pesanteurs et des douleurs à l'épigastre et même des vomissements ; il y a peut-être une relation entre les périodes douloureuses de l'ulcère et les stades de sensibilisation et de désensibilisation vis-à-vis des protéines alimentaires. L'irrégularité des périodes douloureuses chez certains malades ne peut pas être retenue contre cette hypothèse, car les phénomènes de sensibilisation sont extrêmement complexes chez des malades dont la muqueuse digestive a une perméabilité anormale et d'autre part, les réactions inflammatoires de gastrite et de périduodénite ne sont pas à négliger.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L. Durante (Gênes). ***La médullectomie surrénale dans les syndromes polycythémiques hypertensifs ou pléthore hypertonique type Geisböck*** (*Minerva Medica*, an 31, n° 11, 17 Mars 1940, p. 240-243). — On sait que Hess a soutenu que la polycythémie hypertensive était une réaction de défense de l'organisme contre un hypersurrénalisme surtout médullaire ; se basant sur cette conception, D. a pratiqué la résection de la médullo-surrénale gauche chez une femme de 56 ans qui présentait un aspect pléthorique, de l'hypertension (22-12) avec hypertrophie du ventricule gauche, un nombre d'hématies variant entre 5.000.000 et 5.800.000 sans leucocytose, sans formes anormales, sans hépato- ni splénomégalie ; la viscosité sanguine était augmentée. la masse sanguine également, un peu plus pour la partie globulaire que pour la partie plasmatique ; la glycémie était de 1 *g*. 71, la cholestérinémie de 2 *g*. 85 et l'adrénalinémie de 1/300.000. Le deuxième mois après l'intervention, la malade n'avait plus son aspect pléthorique et ne se plaignait plus d'aucun malaise ; la tension était de 16,5-8, la glycémie de 1 *g*. 8, la cholestérinémie de 2 *g*. 05, l'adrénalinémie de 1/550.000, le nombre des hématies était tombé à 3.710.000 et la masse sanguine, bien qu'encore supérieure à la normale. avait très nettemente diminué. Stéphan avait déjà pratiqué dans 2 cas de polycythémie hypertonique la surrénalectomie unilatérale avec de bons résultats.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

C. Roncoroni et **A. Casacci** (Parme). ***Les rapports fonctionnels entre le système diencéphalo-hypophysaire et le corps thyroïde, explorés par le moyen des modifications produites par la rachicentèse sur le métabolisme basal*** (*La Riforma medica*, t. 56, n° 10, 9 Mars 1940. p. 306-312). — Chez 25 sujets, R. et C., après avoir déterminé le métabolisme basal à jeun, ont pratiqué une ponction lombaire, retiré 15 à 25 cm^3 de liquide et refait le métabolisme au bout de 30 minutes, de 1, de 2 et de 24 heures. Chez tous, le métabolisme a été plus élevé après la ponction, l'augmentation étant au maximum lorsque le métabolisme initial était élevé, au minimum lorsqu'il était bas. Chez les sujets ayant un métabolisme au-dessous de la normale, l'élévation est de courte durée et suivie par une baisse au-dessous du chiffre initial ; dans les autres cas, le métabolisme revient peu à peu à sa première valeur, plus lentement chez les hyperthyroïdiens que chez les sujets normaux, mais ne descend pas au-dessous ; dans tous les cas, 24 heures après la ponction, le chiffre du métabolisme est le même qu'avant. La ponction lombaire sans prélèvement de liquide ne modifie pas le métabolisme. Il semble que les variations du métabolisme après rachicentèse dépendent des répercussions du déséquilibre hydraulique sur les noyaux végétatifs du troisième ventricule.

Lucien Rouquès.

F. Galdi (Pise). ***La migraine météorotrope*** (*La Riforma medica*, t. 56, n° 11, 16 Mars 1940, p. 339-344). — Certains sujets ont une sensibilité spéciale aux influences météorologiques et y réagissent soit pas des troubles généraux, soit par des météoropathies localisées, en particulier par la migraine. La migraine météorotrope peut avoir comme causes favorisantes la constipation, l'insuffisance hépatique, le surmenage intellectuel, mais les seuls facteurs déclenchants sont les perturbations atmosphériques. En Italie, cette migraine s'observe surtout aux voisinages des équinoxes lorsque souffle un vent chaud et humide qui vient des régions méridionales, le sirocco ; des phénomènes prémonitoires permettent souvent aux malades de la prévoir dix ou quinze heures ou même plus avant son début ; dans les premières heures de la matinée, alors que tout semble annoncer une belle journée, le sujet a une sensation d'étourdissement qui devient peu à peu une douleur gravative ; il y a déjà quelques nuages spéciaux à l'horizon; entre 10 heures et midi, la crise est au maximum. tandis que de gros cumulus se forment. La douleur, généralement bilatérale, respecte assez la région occipitale ; c'est plus une impression de casque trop lourd et trop étroit qu'une sensation de martèlement ; la face est pâle, les traits tirés, les pupilles ont tendance à la mydriase ; l'anorexie est complète ; les nausées. les vomissements, les scotomes sont rares ; le pouls n'est pas modifié. La crise cesse en 10 heures environ ; parfois apparaissent des brûlures gastriques et il arrive que si le malade prend des alcalins, la céphalée reprenne.

La migraine météorotrope frappe surtout les intellectuels ; elle peut débuter de 15 à 20 ans, mais plus souvent entre 25 et 30 ; elle disparaît vers la cinquantaine ; l'hérédité existe dans certains cas, presque toujours par la lignée maternelle.

Contre les accès, G. préconise les sédatifs ; les plus efficaces sont les vasodilatateurs et avant tout le pyramidon ; lorsqu'il y a des accès subintrants, les injections d'acétylcholine peuvent donner de bons résultats.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

L. Zanetti (Turin). ***Les manifestations hypoglycémiques en chirurgie gastrique*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente* t. 9, n° 1, p. 21-40). — Chez 1/5 environ des sujets qui ont subi pour un ulcère gastro-duodénal une résection ou une gastro-entérostomie, on observe des troubles du métabolisme des hydrates de carbone : la glycémie est plutôt basse à jeun et surtout l'ingestion de glucose est suivie après la phase hyperglycémique, d'une phase hypoglycémique anormalement précoce et accusée, avec angoisse, vertige, tremblement, sueurs profuses, sensation de faim et tendance au collapsus. D'après les constatations de Z., qui portent sur 41 cas, l'intensité de l'hypoglycémie n'est pas influencée par le type de l'opération pratiquée ; elle ne dépend pas de l'intervalle de temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis l'intervention des troubles nets pouvant survenir chez des sujets opérés depuis plusieurs années comme depuis quelques semaines ; toutefois, les troubles sont peut-être plus fréquents chez les opérés récents.

Ces manifestations hypoglycémiques ne s'observent pas chez les sujets ayant subi d'autres interventions abdominales et sur 12 ulcéreux non opérés, Z. ne les a notées qu'une fois ; remarquant que le jéjunum est le segment du tube digestif où l'absorption des hydrates de carbone est la plus forte, il pense que l'anastomose gastro-jéjunale entraîne l'accumulation du glucose dans le foie ; la transformation de ce glucose en glycogène nécessite un fonctionnement excessif du système insulaire qui a pour conséquence l'hypoglycémie.

Lucien Rouquès.

LA PEDIATRIA
(Naples)

B. Vasile (Palerme). ***Recherches expérimentales sur l'action hémopoïétique de l'acide nicotinique*** (*La Pediatria*, An. 48, fasc. 4, Avril 1940, p. 243-259). — Les recherches d'un certain nombre d'auteurs, en particulier Américains, ont permis de constater que l'acide nicotinique pouvait être identifié avec le facteur antipellagreux. Un certain nombre d'auteurs, d'autre part, ont fait des essais de traitement des anémies au moyen de l'acide nicotinique. Les résultats n'ont d'ailleurs pas été concordants et on a pu constater, entre autres, que l'acide nicotinique reste absolument sans effet sur les anémies pernicieuses.

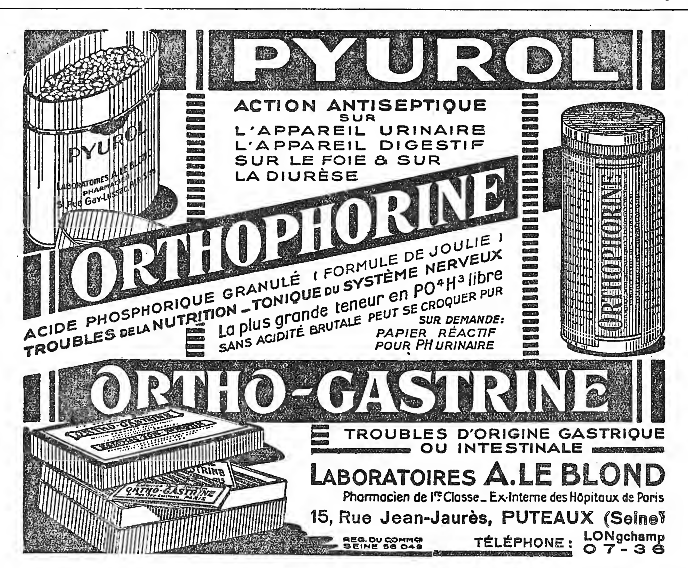
V. a entrepris une série de recherches expérimentales pour apprécier l'action hémopoïétique de l'acide nicotinique. Il a soumis des couples de lapins à des saignées répétées. Il a eu soin de prendre l'un des lapins du couple comme témoin et a soumis l'autre aux effets de l'acide nicotinique, les deux animaux du même couple étant naturellement d'un poids presque égal. Les saignées ont été répétées pendant 4 jours consécutifs et la quantité totale du sang prélevé atteignit environ 1/10 du poids du corps des animaux. Les saignées étaient naturellement de quantité égale pour chacun des animaux du couple.

L'acide nicotinique a été administré, dès que les saignées ont été pratiquées, par la voie sous-cutanée.

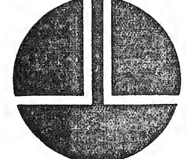
Quatre couples de lapins ayant été ainsi soumis aux expériences, V. a pu constater que l'acide nicotinique produisait un retour plus rapide à la normale aussi bien du point de vue du nombre des globules rouges que de la revalorisation de l'hémoglobine. Il a pu noter également que l'acide nicotinique fournissait une polychromatophilie plus accentuée et provoquait l'apparition de réticulocytes dans la circulation, en plus grande quantité. Ces essais, selon V., établissent d'une façon indubitable l'action hémopoïétique de l'acide nicotinique. Ils ne permettent pas encore d'aboutir à des conclusions formelles au point de vue de la Clinique humaine, mais ils paraissent suffisamment justifiés à V. pour donner lieu à des essais thérapeutiques au cours des diverses formes d'anémie.

G. Schreiber.

E. Bona. ***Thérapeutique polyvitaminique chez les nourrissons dystrophiques*** (*La Pediatria*, An. 48, fasc. 4, Avril 1940, p. 260-271). — B. a appliqué la cure polyvitaminique à 10 nourrissons dont 4 âgés de 6 à 12 mois, et 6 âgés d'un à 2 ans. Ces nourrissons présentaient un état dystrophique accentué confinant à l'atrophie. Dans ce travail B. public les observations détaillées de chacun des cas qui se trouvaient aggravés par une série de circonstances défavorables concernant notamment le terrain particulier sur lequel évoluait la dystrophie.







LÉON ULLMANN

B. a utilisé une spécialité qu'on trouve dans le commerce, ayant pour véhicule une émulsion de lait concentré et contenant les quatre principales vitamines dans les proportions suivantes: 5.000 unités internationales de vitamine A; 42,5 unités internationales de vitamine B; 135 unités internationales de vitamine C; 500 unités internationales de vitamine D. Cette préparation vitaminique dont la saveur est rendue très agréable par la présence de lait a toujours été très bien tolérée. D'ailleurs tous les auteurs admettent que les vitamines exercent une action favorable sur les diverses sécrétions glandulaires du tube digestif.

Les résultats fournis par cette spécialité polyvitaminée ont été nettement favorables. La courbe de poids des enfants a été en constante reprise depuis le début de l'administration du produit qui a exercé également une action favorable sur l'état général, et même dans certains cas, sur la courbe thermique. Dans tous les cas B. a noté une augmentation plus ou moins marquée du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine. A la suite de ces essais B. recommande d'une façon très nette l'emploi des produits polyvitaminés dans tous les cas de dystrophie et d'atrophie des nourrissons.

G. Schreiber.

RASSEGNA DI FISIOPATOLOGIA CLINICA E TERAPEUTICA (Bologne)

E. Gallina et **F. Lanti** (Pavie). ***La déshydratation des organes par augmentation des pressions oncotique et osmotique du sang*** (*Rassegna di fisiopatologia clinica e terapeutica*, t. 12, n° 2, Février 1940, p. 75-89). — On peut provoquer chez les jeunes lapins des modifications durables de l'équilibre hydrique entre le sang et les tissus en faisant des injections répétées de substances ayant une action osmotique comme le chlorure de sodium ou augmentant la pression oncotique du sang comme la gomme arabique. Les injections de gomme arabique élèvent la teneur en eau du sang, de la rate, du poumon et du foie et diminuent celle du corps thyroïde, du cerveau, des muscles et des reins ; l'effet est obtenu après un petit nombre d'injections et la multiplication de celles-ci ne l'accroît pas sensiblement. Les injections de sel élèvent la teneur en eau du sang et diminuent celle de tous les organes dans une proportion variable de l'un à l'autre. Les modifications durables produites par les injections répétées de sel ou de gomme arabique, sont de même sens que les modifications transitoires provoquées par une seule injection, mais moins accusées. Il est à noter qu'aucun des animaux en expérience n'a présenté les troubles souvent observés lors des épreuves de soif.

Lucien Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Fernand Wyss-Chodat (Genève). ***A quel moment faut-il commencer le traitement de la blennorragie par les sulfamidés? Traitement précoce ou traitement tardif?*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 70, n° 17, 27 Avril 1940, p. 375-377). — Depuis un an W.-C. traite les cas nouveaux de blennorragie qui se présentent à sa consultation, par l'administration précoce de sulfamidés. Un total de 53 malades atteints d'urétrite gonococcique fraîche antérieure, d'urétrite banale, colibacillaire, de métrite parfois d'origine gonococcique sûre, a été soumis à cette méthode qui a consisté à administrer un sulfamidé (septoplix, ulirone, dagénan, albucide) auquel, dans certains cas, des lavages de Janet ont été associés. Les doses administrées ont été de 1,50 à 4 *g.* par jour avec une dose totale, chez l'homme, de 20 *g.* par cure.

La conclusion qui résulte de ce travail est que la sulfamidothérapie peut et doit être employée seule dès le début de la maladie. Elle est capable de procurer la guérison en 24 heures et, en tout cas, dans un temps moyen bref. Les médicaments doivent être administrés d'emblée à la dose de 4 *g.* par jour au début, dose qui est rapidement réduite pendant les jours qui suivent. Si l'amélioration n'est pas rapide, le traitement ne doit pas être poursuivi.

L'association de lavages de Janet n'améliore pas les résultats, pas plus dans la gonococcie proprement dite que dans les formes à flore banale.

P.-E. Morhardt.

H. Willenegger et **F. Ottensooser**. ***Détermination de la valeur du sang conservé. Méthode sérologique d'examen*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 70, n° 20, 18 Mai 1940, p. 437-441). — Le sang conservé a été bien souvent utilisé au cours de ces dernières années. On a constaté qu'au bout de deux semaines, le sang possède encore ses qualités spécifiques, c'est-à-dire les propriétés autres que celles qui résultent simplement du volume du liquide et du nombre des hématies injectés mais que, plus tard, il les perd et arrive même à acquérir par laquage un pouvoir toxique. Il est donc important de disposer de méthodes d'examen permettant de savoir si un sang conservé peut ou non être employé.

W. et O. ont procédé à des recherches en ce sens sur des sangs conservés par diverses méthodes. Ils ont ainsi constaté que les isoagglutinines ne se modifient pas, même quand il s'agit du sang d'un donneur « dangereux ».

L'activité complémentaire diminue d'une façon continue. L'agitation accélère ce phénomène quand il s'agit de sang conservé avec glucose et citrate tandis qu'avec le sang conservé avec l'héparine (Liquémine), il y a réactivation pendant une période inférieure à trois semaines. Cette activité complémentaire est inversement proportionnelle à la teneur en potassium. Ainsi, le dosage du potassium et le titrage du complément constituent des méthodes d'épreuve donnant des résultats parallèles. Mais ce dosage n'est pas possible avec toutes les méthodes de conservation.

Les globules rouges conservés dans le liquide Rous-Robertson sont utiles pour certaines recherches sérologiques, notamment pour obtenir des sérums M ou des sérums N ainsi que pour titrer des hémolysines bactériennes; mais cette méthode dilue exagérément le sang.

Un produit (Sangostat) contenant de l'acide aldonique, de l'héxaméthylènetétramine et de l'acide camphorique, agirait bien sur l'hémogramme et sur la résistance osmotique, mais mal sur l'agglutinabilité et sur l'activité complémentaire ainsi que sur la fixation de l'oxygène (formation d'une proportion importante de méthémoglobine). Le cas de cette préparation montre que pour juger de la valeur des méthodes de conservation, il est nécessaire de recourir aux méthodes sérologiques.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

Torben K. With (Copenhague). ***Les effets inhibiteurs de la paraffine liquide sur l'utilisation des substances présentant l'activité de la vitamine A*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 10, nos 1-2, 1940, p. 1-6). — La vitamine A ou le carotène dissous dans la paraffine liquide ne préviennent pas l'apparition d'avitaminose A. Cet effet inhibiteur est observé également quand le carotène et la paraffine liquide sont donnés séparément. En ce qui concerne la vitamine A, il est également noté mais seulement quand vitamine et paraffine sont données simultanément. On admet, en général, que cet effet inhibiteur est dû à l'élimination de vitamine A avec les fèces.

W. a repris ces recherches chez les individus adultes, chez les enfants et chez les rats avec une méthode plus précise que celles qui étaient jusqu'ici utilisées notamment par Andersen. Il a ainsi constaté que, dans aucun cas, le carotène ou la vitamine A dissous dans la paraffine ou dans l'huile d'arachides ne reparaissent dans les fèces, ce qui doit être attribué au fait que ce corps gras détruit la vitamine A.

De plus, en soumettant des rats pendant dix semaines à un régime dépourvu de vitamine A puis au même régime additionné de 10 à 20 unités internationales de vitamine A par jour, on a pu constater que la teneur du foie en vitamine A est réduite sous l'influence de l'administration concomitante de paraffine à la moitié de ce qui est constaté chez les témoins. Pour le carotène cette proportion est réduite, dans les mêmes conditions, au quart ou au cinquième de ce qui est retrouvé chez les témoins. Avec la poudre desséchée de carotte, cette proportion diminue de moitié.

Mais les doses de paraffine utilisées dans ces expériences, ont été beaucoup plus élevées que celles qui sont prescrites en clinique. Il y a donc lieu d'admettre que quand le régime est pauvre en vitamine A (3.000 unités internationales ou moins par jour) ou quand la vitamine A est ingérée surtout sous forme de carotène, la paraffine ne peut être prise que pour une courte période et entre les repas, à moins que la ration de vitamine A ne soit augmentée. Pour les sujets qui ont un régime riche en vitamine A, la paraffine serait sans inconvénient.

P.-E. Morhardt.

ERANOL

IODE COLLOÏDAL LIBRE
EN SUSPENSION AQUEUSE

LYMPHATISME — EMPHYSÈME — RHUMATISMES
TUBERCULOSES — HYPERTENSION — MYCOSES

Enfants : III à V gouttes pro die par année
Adultes : XL à C gouttes pro die en deux fois

LABORATOIRE DE L'ERANOL 45, RUE DE L'ÉCHIQUIER PARIS

KYMOSINE ROGIER

Ferment naturel sélectionné pour le Régime lacté.
Rend le lait de vache absolument digestible facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

CHEZ L'ADULTE
Dans tous les cas où le régime lacté est nécessaire:
Affections du Cœur, du tube digestif, des Reins, Albuminurie, Artériosclérose.

CHEZ L'ENFANT
Vomissements,
Gastro-entérite,
Athrepsie,
Choléra infantile.

Mode d'emploi : Pour le lait de vache, une cuillerée-mesure dans 200 c. c. de lait tiédi à 40°, agiter vigoureusement jusqu'à disparition du caillot.
Pour le lait de femme : Une pincée de Kymosine dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice avant chaque tétée.

Laboratoires HENRY ROGIER
56, Boulevard Pereire, PARIS (17e)

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

J. Robert. **Potassémie et système vagal** (*Le Bulletin médical*, t. **54**, nº 22, 1er Juin 1940, p. 273-277). — Le métabolisme du potassium est encore très mal connu, ainsi que son rôle dans l'organisme. On sait toutefois qu'il existe une sorte d'antagonisme physiologique entre l'ion potassium à tendance alcalinique et l'ion calcium et l'ion magnésium acidifiant : l'ion K aurait au contraire une action synergique à celle de l'ion Na.

Les effets pharmacodynamiques des sels de potassium rappellent ceux de l'excitation du système vagal ; réversivement, la stimulation du pneumogastrique libérerait du potassium. On pourrait donc admettre une corrélation neuro-humorale entre le potassium sanguin et le système parasympathique.

Dans les états vagotoniques vrais (et non les déséquilibres vago-sympathiques ou les dystonies végétatives), on a trouvé d'une manière générale une rupture de l'équilibre acidobasique du sang dans le sens de l'alcalose. R. se demande si l'état vagotonique n'est pas lié initialement à une hyperpotassémie et se livre à un certain nombre d'hypothèses.

Seuls des dosages précis pourraient préciser ce point : encore les dosages chimiques du sang ne représentent-ils qu'une image bien imparfaite de ce qui se passe dans l'organisme.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

Y. Manouelian. **Etude morphologique du Spirochaeta pallida. Modes de division. Spirochétogène syphilitique** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **64**, nº 5, Mai 1940, p. 439-454). — Les dimensions du *Spirochæta pallida* varient dans de larges limites. A côté du spirochète classique long de 6 à 15 tours de spire, il en existe de plus longs et de plus courts, à tours de spire plus ou moins nombreux. Ces différences sont plus fréquentes qu'on ne le pense, surtout dans les lésions ayant acquis tout leur développement et dans celles en régression.

Parmi ces spirochètes de formes atypiques, certains donnent des images fallacieuses qui ont pu être interprétées comme des figures de division longitudinale.

Normalement, le spirochète de la syphilis se divise transversalement et régulièrement. Vers le milieu d'un spirochète particulièrement long apparaît un pont tranchant par sa teinte grise sur la coloration noirâtre du microorganisme ; ce pont s'allonge, s'étire; la rupture du filament libère deux spirochètes.

Parfois, au lieu de se diviser en deux, un spirochète se divise en trois ou quatre : c'est la division normale, multiple. De la même manière, la division peut se faire en spirochètes minuscules à deux tours, à un tour, à moins d'un tour de spire. Le spirochète peut enfin émettre un granule qui se détache par le même processus de division transversale. Ces formes minuscules, ou le granule, sont reliés au germe d'origine par un filament qui se rompt et reste appendu à la nouvelle formation.

M. donne le nom de spirochètogène au granule muni d'un filament vestige du périsplasme, car ce ne sont pas encore des spirochètes.

La présence des formes minuscules du *Spirochæta pallida*, du spirochètogène syphilitique permet, en l'absence de tout tréponème typique, d'affirmer la nature syphilitique d'une lésion. On trouve ces formes anormales, et cela est particulièrement intéressant, dans les gommes, les anévrismes de l'aorte, la paralysie générale, dans certains cas d'hérédo-syphilis précoce et dans les ganglions lymphatiques au cours de la syphilis expérimentale.

Robert Clément.

ARCHIVES INTERNATIONALES DE NEUROLOGIE
(Paris)

K. Agadjanian **Introduction à l'étude expérimentale du problème de l'hallucination** (*Archives internationales de neurologie*, Octobre-Novembre-Décembre 1939-Janvier 1940, p. 1-86). — A. apporte dans ce travail le résultat de la méthode de réflexologie associative, basée sur la corrélation qui existe entre les perceptions des saveurs et les excitations colorées, en comparaison avec les faits cliniques.

Chez les hallucinés, A. a observé des troubles de la perception des objets réels et des sensations proprioceptives, aussi bien pendant les hallucinations qu'en dehors des états hallucinatoires. Il a constaté ainsi que les perceptions du monde extérieur ne sont pas suspendues pendant les hallucinations, bien que celles-ci diminuent la finesse et l'exactitude des perceptions.

A montre aussi le rôle de l'irritation des centres sensoriels dans l'origine des fausses perceptions, ainsi que les modalités des perceptions provenant de l'excitation des zones pariétales et vestibulaires, en rapport avec les perceptions visuelles.

A. tire enfin de ses recherches expérimentales des inductions relatives à l'origine des états oniroïdes et de leur rôle dans les manifestations hallucinatoires.

H. Schaeffer.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

Lacroix et Lamy (Alger). **Ostéomalacie puerpérale et vitamines B** (*L'Algérie médicale*, t. **44**, nº 111, Février 1940, p. 35-38). — L. et L. ont observé en deux ans 2 cas d'ostéomalacie puerpérale ; ils rapportent l'observation de l'une d'elles : une indigène de 19 ans dont les troubles débutèrent par des douleurs iliaques et lombaires au 3e mois de la gestation. Elles allèrent en progressant ainsi que l'altération de l'état général jusqu'à l'examen, un an environ après l'accouchement. A ce moment, l'ostéomalacie est évidente. Les déformations sont classiques : diminution de l'espace costo-iliaque, saillie en bec de canard de la région pubienne, rapprochement des ischions et des branches ischio-pubiennes. Le vagin était rétréci au point d'admettre difficilement un doigt.

L'alimentation de cette jeune indigène était très riche en hydrates de carbone (pain, couscous et légumes secs), peu de légumes verts, quelques dattes, de la viande tous les 15 jours. Le régime était donc polycarencé et surtout en vitamines B par rapport à la quantité des hydrates de C. Le repos, un régime normal, des injections intramusculaires de calcium et 4 cuillerées à soupe par jour de levure de bière amenèrent la disparition des douleurs en un mois, la recalcification du squelette, mais les déformations persistèrent.

Quelle relation y a-t-il entre cette carence et l'ostéomalacie puerpérale ? A-t-elle été accentuée par la grossesse et l'allaitement ? S'agit-il d'une action directe ou d'un trouble secondaire ? Est-ce l'expression d'un trouble métabolique d'origine endocrine favorisé par l'avitaminose ?

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
(Lyon)

M. Favre. **Le virus poradénique figuré argyrophile. Sa coloration sur coupes. Diagnostic des lésions à virus poradénique par la constatation directe du virus corpusculaire** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. **21**, nº 489, 20 Mai 1940, p. 181-185). — F. refait l'historique de la description de la poradénite inguinale et de la découverte de son agent pathogène.

C'est un virus ultrafiltrable dont la présence se révèle sur les coupes de lésions virulentes, surtout dans les cellules conjonctives mais aussi dans les leucocytes polynucléaires et les cellules névrogliques, par de petits grains ou « corpuscules ». Ils se colorent par la méthode de Giemsa, mais alors leur recherche est laborieuse. La méthode des imprégnations argentiques teint ces granulocorpuscules avec une remarquable netteté, elle montre bien leur situation dans les cellules et dans les espaces intercellulaires, ainsi que leur variations de forme, de volume et de colorabilité; elle mérite de prendre une place de choix parmi les procédés de démonstration de ces corpuscules.

L'argyrophilie doit être considérée comme un des plus importants caractères du virus poradénique.

La recherche des corpuscules par la méthode des imprégnations argentiques a une valeur diagnostique, elle permet de préciser la nature de lésions mal définies. Par exemple, chez une femme atteinte de cellulite pelvienne l'examen d'un ganglion prélevé par biopsie a montré qu'il était envahi par un épithélioma épidermoïde avec un abcès à bordure épithélioïde: l'imprégnation argentique a révélé à F. une abondance surprenante de corpuscules argyrophiles dans cet abcès et lui a fait porter le diagnostic de cellulite lymphogranulomateuse.

Robert Clément.

M. Péhu et R. Lefebvre des Noëttes. **Le pneumothorax du nouveau-né** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **21**, nº 492, 5 Juillet 1940, p. 235-239). — Le pneumothorax spontané pathologique n'est pas une affection fréquente durant les 4 premières semaines de la vie.

Il se traduit par une dyspnée d'intensité variable, par de la cyanose et par une sonorité élevée, tympanique, de l'hémithorax atteint. A l'examen radiologique, indispensable et souvent révélateur, l'image de clarté est caractéristique.

L'évolution dépend de la cause, de l'étendue de l'épanchement gazeux et de sa pression, de sa transformation en pleurésie purulente possible.



CHLORO-CALCION

Les causes sont de nature très variée. Les unes sont mécaniques et obstétricales : augmentation de pression intraalvéolaire à la suite d'une insufflation ou réanimation, fracture de côte ou de clavicule au moment de la naissance; troubles respiratoires consécutifs à des lésions encéphaliques.

Très exceptionnellement il s'agit d'une malformation congénitale faisant communiquer la cavité pleurale avec une bronche.

Plus souvent le pneumothorax est d'origine infectieuse et l'autopsie révèle des foyers limités de broncho-pneumonie suppurée ou de petits abcès miliaires ou des infarctus septiques.

Il faut encore envisager la possibilité d'une compression trachéale par un goitre ou un thymus hypertrophié.

Si la dyspnée est menaçante, il faut pratiquer une ponction évacuatrice et au besoin la répéter avec prudence. Si le pneumothorax est moins dramatique il est préférable de s'abstenir et l'expectative est la seule thérapeutique.

Robert Clément.

LAVAL MÉDICAL (Québec)

M. Giroux (Québec). ***La formule d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire*** (*Laval Médical*, t. **5**, n° 5. Mai 1940, p. 204-211). — En se basant sur ce fait de biologie cellulaire que le noyau des leucocytes polynucléaires se lobe de plus en plus en vieillissant jusqu'à devenir multilobé, puis finalement pycnotique, Arneth a proposé de classer les polynucléaires en 5 groupes, suivant le nombre de lobes nucléaires qu'ils présentent. Le pourcentage de chacun de ces groupes donne une « image » montrant dans quelle proportion se trouvent les éléments jeunes par rapport aux formes vieilles.

Sur 113 tuberculeux, G. a recherché la formule d'Arneth, l'« indice nucléaire » de Bonsdorff et l'« inversion nucléaire » de Velez, qui en sont des dérivés.

Il conclut que la formule d'Arneth ne peut en aucune façon servir au diagnostic de la tuberculose pulmonaire; que cette méthode et l'indice nucléaire qui en est l'expression simplifiée peuvent apporter un appoint non négligeable au diagnostic des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire. C'est surtout l'étude de l'inversion nucléaire de Velez qui apporte le plus au pronostic de l'activité des lésions. L'inversion a été trouvée positive dans 73.5 pour 100 des modalités évolutives avancées de la maladie.

Robert Clément.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

C. H. Best et **D. Y. Solandt**. ***Le sérum concentré dans le traitement du choc expérimental traumatique et histaminique chez l'animal*** (*British medical journal*, n° 4141, 18 Mai 1940, p. 799-801). — Une des conséquences du choc traumatique est la baisse de la tension artérielle. Celle-ci serait due à la perte de sang par la blessure, à l'exsudation du sérum hors des capillaires atones, à la stagnation du sang dans les capillaires dilatés, ces deux phénomènes dépassant largement le siège de la blessure. Pour y remédier, il faut corriger cette atonie vasculaire par des vasoconstricteurs introduits dans la circulation sanguine et injecter du sérum hypertonique qui fera appel au liquide répandu dans les tissus.

B. et S. ont vérifié ces hypothèses sur 60 chiens chez lesquels ils ont déterminé des chocs plus ou moins graves avec ou sans hémorragies et des chocs histaminiques (0,5 *mg.* d'histamine par kilogramme d'animal). 10 de ces animaux furent choqués à tel point qu'aucun traitement ne put empêcher leur mort. Pour les autres, quand la pression sanguine est entre 25 et 50 *mm.* de Hg., le meilleur traitement est l'injection intraveineuse d'une seule dose de pituitrine suivie d'une certaine quantité de sérum concentré. Au-dessous de cette pression, il faut remplacer la pituitrine par l'adrénaline. Au-dessus de cette pression le sérum concentré seul suffit.

Ce sérum concentré était préparé par évaporation jusqu'à un tiers du volume primitif. La quantité injectée ne dépassa pas 60 cm^3.

André Plichet.

Francis E. Fox. ***Les convulsions électriques en clinique*** (*British medical journal*, n° 4141, 18 Mai 1940, p. 807-808). — On sait que depuis deux ans, on est arrivé à produire des crises épileptiques par l'application de courant électrique. Cet électrochoc semble devoir remplacer le traitement, par le coma insulinique, par le cardiazol, le triazol, de certains états psychiques.

F. rapporte les observations de 7 sujets atteints de maladies mentales : stupeur catatonique, schizophrénie, dépression mélancolique, chez lesquels ce traitement a donné d'excellents résultats.

Les principaux avantages de cette méthode sont les suivants : production immédiate de la perte de connaissance et amnésie complète, ce qui exclut la réaction d'angoisse ou de résistance au traitement, rétablissement rapide, absence de fracture de la mâchoire, de la colonne vertébrale ou du col du fémur par graduation de l'intensité des crises, facilité d'application au lit même du malade sans appareil de contention, durée moins longue du traitement car on peut le pratiquer chaque jour ; en pratique trois crises par semaine suffisent.

André Plichet.

THE LANCET (Londres)

K. E. Cooper, F. C. Happold, K. I. Johnstone, J. W. Mac Leod, Woock et **Zinnemann**. ***Le diagnostic de laboratoire de la diphtérie. Valeurs comparées de différents milieux*** (*The Lancet*, n° 6089. 11 Mai 1940, p. 865-869). — L'objet de ce travail important est de déterminer si, pour le diagnostic de la diphtérie, le milieu classique de Loeffler ne pouvait pas être remplacé avec avantage par des milieux spéciaux à l'extrait de viande, au sang chauffé, à l'agar-agar contenant tous du tellurite de potassium à des doses variables.

Les résultats sont les suivants : sur 7.429 prélèvements soumis à l'examen, 1.469 furent positifs parmi lesquels 255 cas montrèrent un désaccord entre le milieu de Loeffler et les milieux au sang-tellurite. 23 pour 100 étaient positifs avec le milieu de Loeffler, 77 pour 100 avec l'autre milieu.

De cette étude, il résulte également que si l'emploi d'un milieu est seul possible, il vaut mieux employer le milieu au sang-tellurite qui, dans les cas douteux donne 10 pour 100 de cas positifs de plus que le Loeffler et qui ne laisse échapper aucun cas grave de diphtérie.

Parmi ces milieux, celui de Neill apparaît comme le meilleur. Il est composé d'extrait de viande, de sang chauffé mais traité au préalable par l'éther et la formaldéhyde et de tellurite de potassium.

André Plichet.

John Pemberton. ***L'hyperkératose folliculaire. Un symptôme de mauvaise nutrition*** (*The Lancet*, n° 6089, 11 Mai 1940, p. 871-872). — Sur 3.000 enfants qu'il a eu l'occasion d'examiner, P. a observé, chez 5 pour 100 de ceux-ci, une éruption spéciale symétrique, apparaissant surtout à la face externe des bras, des jambes et sur les fesses. Cette éruption est formée par l'augmentation en cône des follicules pileux qui dépassent d'un *mm.* la surface de la peau. Le poil y est souvent absent. Au toucher, la peau est sèche et rugueuse, donnant l'impression de râpe. L'aspect est celui de la peau d'oie comme dans certains cas de scorbut et les anciens auteurs décrivaient cette affection sous le nom de lichen pilaire, de lichen spinulosus, de phrynoderma.

Il semble bien que cette affection soit en rapport avec une alimentation défectueuse Lœwenthal, qui lui a donné son nom d'hyperkératose folliculaire, l'a observée en Afrique, chez 81 prisonniers, associée à l'acné, à la xérophtalmie, à l'héméralopie. Elle est donc très probablement causée par des régimes déficients en vitamines A et C.

André Plichet.

D. Y. Solandt, Reginald Nassim et **C. R. Cowan**. ***L'effet hypertenseur du sang de chiens hypertendus*** (*The Lancet*, n° 6089, 11 Mai 1940, p. 873-875). — Goldblatt a montré que l'occlusion partielle des artères rénales chez les chiens engendrait une hypertension relativement permanente. Y a-t-il dans le sang de ces animaux une substance qui peut produire l'hypertension ? Katz a montré en 1939 que de petites quantités de sang provenant d'un animal hypertendu n'augmentaient pas la pression d'un chien normal. S., N. et C. ont repris ces expériences. En établissant une circulation croisée, ils ont vu que chez le chien normal de grosses quantités de sang n'amènent pas l'hypertension. Chez le chien néphrectomisé, au contraire, la pression s'élève immédiatement sous l'action du sang provenant d'un chien hypertendu. S., N. et C. concluent qu'il existe une substance hypertensive dans le sang des chiens hypertendus et que le rein normal empêche cette substance de produire son effet.

André Plichet.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

J. R. Lisa et **J. F. Hart** (New-York City). ***Le rôle de l'infection dans la mort subite*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **40**, n° 9, 1er Mai 1940, p. 705-707). — Ce travail est le résultat de 117 autopsies pour mort subite pratiquées à l'hôpital de la Cité de New-York.

Dans 83 cas (soit 71 pour 100) le décès fut dû à une cause cardiaque. On trouva des lésions de myocardite infectieuse sur 20 cadavres et de myocardite toxique sur 39, en somme au total 59 fois sur 83 la mort par cardiopathie s'accompagnait d'une infection.

Dans le groupe des morts subites, ne provenant pas du cœur, l'infection est plus difficile à prouver : 7 étaient infectieuses ou intimement en rapport avec une infection. Au total, on peut considérer que dans 66 cas sur 117 (56 pour 100) l'infection est responsable en totalité ou en partie de la mort subite.

Dans cette série d'autopsies l'artériosclérose joue un rôle moins important : 29 décès seulement peuvent lui être attribués, soit moins de la moitié de ceux attribués à une cause infectieuse.

L'infection serait donc une cause de mort subite plus fréquente que l'artériosclérose.

Robert Clément.

G. B. Andrews et **W. A. Groat** avec l'assistance de **A. V. Wood** et **M. L. Jones** (Syracuse, New-York). ***Insuline-globine. Etude clinique*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **40**, n° 12, 15 Juin 1940, p. 913-917). — Les globines sont des histones très semblables aux prolamines, sauf qu'elles ont un plus grand nombre d'aminoacides dans leur molécule. La globine employée pour la préparation du combiné insulinique dont il s'agit est extraite de la viande de bœuf. Le produit est un liquide clair légèrement jaune contenant 3 *mg.* 8 de globine et 0 *mg.* 3 de zinc pour 100 unités d'insuline. Il titre 80 unités par centimètre cube et a un *pH* de 4.

DRAGÉES — Laboratoire des Produits SCIENTIA. 21. Rue Chaptal. Paris. 9e — GRANULÉS

PEPTALMINE
MAGNESIÉE

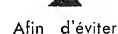
TROUBLES
HEPATO-BILIAIRES
COLITES

CHOLAGOGUE

INSUFFISANCE
HEPATIQUE
MIGRAINES

POSOLOGIE 2 CUILLERÉES A CAFÉ DE GRANULÉS OU 4 DRAGÉES UNE HEURE AVANT CHACUN DES 3 REPAS

PANSULINE



Afin d'éviter les nombreuses confusions avec les Insulines injectables

— EX —



l'Insuline Fornet prendra désormais le nom de **PANSULINE**

L'EFFICACITÉ DE L'INSULINE

PAR LA VOIE DIGESTIVE
DÉMONTRÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
THÈSE DU 12 JUILLET 1937, mention très honorable
demandez un exemplaire aux
Laboratoires **THAIDELMO**, 11, Chaussée de la Muette - PARIS-16e - Auteuil 21-69

SINAPISME RIGOLLOT



POUDRE de **MOUTARDE RIGOLLOT** pour Usage Médical
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de pieds

Vente en Gros : DARRASSE, PHARMACIEN, 13, RUE PAVÉE, PARIS - R. C. PARIS 17602
Détail dans toutes les Pharmacies.

L'expérimentation de ce médicament sur 10 diabétiques avec recherche de la glycémie et de glycosurie deux heures après chaque repas, a montré que le maximum d'effet de l'insuline-globine a lieu environ 8 heures après l'injection et dure à peu près 15 heures.

Il semble que la dose quotidienne d'insuline nécessaire soit moindre avec l'insuline-globine qu'avec l'insuline-protamine-zinc. Une injection par jour et le régime suffisent dans des cas de diabète grave, même lorsque l'injection unique n'avait pas pu être réalisée avec l'insuline-zinc cristallisée ou l'insuline-protamine-zinc. Il n'y eut des accidents d'hypoglycémie nocturne que dans un cas où l'on avait fait une injection avant le repas du soir.

Lorsque l'on passe de l'insuline-protamine-zinc à l'insuline-globuline, pour éviter toute accumulation, il faut ne faire que demi-dose le premier jour et trois quarts le second. Cette dose se révélera souvent suffisante pour équilibrer le diabète.

Il est préférable de donner la plus grosse part des hydrates de C au repas de midi si l'on fait la piqûre avant le premier déjeuner.

Le choc, lorsqu'il s'est produit, est survenu vers 4 heures de l'après-midi. Il a consisté en faiblesse et frissonnements avec rarement les autres signes d'hyperinsulinisme.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES
(Fort Wayne)

D. H. Kaump (Temple, Texas), et **J. C. Parsons** (Des Moines, Iowa). ***Azotémie extrarénale dans l'hémorragie gastro-intestinale. I. Considérations générales et cliniques. II. Observations expérimentales*** (*The american Journal of digestive Diseases*, t. **7**, n° 5, Mai 1940, p. 189-194). — Chez un homme de 46 ans ayant présenté antérieurement des symptômes gastriques et du mélæna, une importante hémorragie gastro-intestinale avec hématémèse et mélæna s'accompagna d'une élévation du taux de l'urée sanguine à 0,90 qui alla en s'atténuant pour n'être plus que de 0,33 10 jours plus tard. Il y avait en même temps une chute considérable du nombre des hématies, une baisse de la pression sanguine, pas d'albuminurie; la diurèse se maintint élevée (entre 1.200 et 1.900 cm^3. Une gastro-entérostomie put être pratiquée 15 jours après l'hémorragie, pour ulcère duodénal, et les suites en furent normales.

A ce propos sont discutées les hypothèses permettant d'expliquer cette azotémie extra-rénale, car le fonctionnement des reins ne paraissait pas touché.

Des expériences poursuivies sur le chien montrèrent qu'une saignée simultanée à l'introduction dans l'intestin, au moyen d'une sonde, d'une certaine quantité de sang provoque chez l'animal une augmentation de l'urée sanguine qui atteint un premier maximum au bout de 48 heures, s'abaisse pour s'élever à nouveau 48 heures plus tard.

Si l'on dissocie les deux faits, on constate que l'introduction de sang dans l'intestin est responsable du premier clocher azotémique, tandis que le second est sous la dépendance de la saignée. Dans toutes les expériences, l'augmentation de l'urée sanguine est proportionnelle, soit à la perte de sang, soit à la quantité de sang mise dans le tube digestif.

La pathogénie de l'hémorragie gastro-intestinale est donc complexe et relève de plusieurs facteurs : absorption augmentée de protéines, diminution de la tension artérielle, déshydratation, etc...

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

W. W. Scott. ***Physiologie du choc*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **43**, n° 2, Février 1940, p. 270-284). — A la suite des travaux de Cannon, de Wolff montrant une ascension de la pression intracranienne après des traumatismes craniens, S. a étudié expérimentalement chez le chien, avec un dispositif particulier, les modifications de la pression intracranienne avec perte de connaissance au moment du choc lui-même.

Cette pression, au moment d'un choc suffisant pour entraîner la perte de la conscience, atteint des taux très supérieurs à la pression artérielle systolique. Après le choc, la pression intracranienne retombe rapidement à son taux normal et y reste.

Chez le chien, on n'observe pas de perte de conscience quand l'ascension de la pression intracranienne ne dépasse pas la pression artérielle systolique, même si cette ascension est durable.

La stimulation bulbaire ne doit donc pas intervenir tant que la pression intracranienne n'atteint pas le niveau de la pression sanguine.

Suivant les cas, il peut ou non se produire une chute de la pression artérielle à la suite des traumatismes craniens. La perte de la conscience dans les traumatismes cérébraux peut sans doute s'expliquer par une anémie cérébrale de courte durée. Weiss et Baker pensent de même que la syncope, liée par exemple à la compression du sinus carotidien, résulte d'une anoxie des centres nerveux.

S. se livre ensuite à des hypothèses pour expliquer le choc du « knock out », et le syndrome du traumatisme des buveurs (« punch drunk »). Il pense en particulier que ce dernier peut résulter d'anoxies répétées et de courte durée.

H. Schaeffer.

Von Storch, Secunda et **Krinsky.** ***Production et localisation de la céphalée par ventriculo- et encéphalographie*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **43**, n° 2, Février 1940, p. 326-334). — La céphalée peut être réalisée expérimentalement par des excitations à point de départ artériel, méningé, ou encore par l'hypertension intracranienne. L'introduction d'air dans les ventricules et surtout dans les espaces sous-arachnoïdiens détermine également de la céphalée. Elsberg et Sontherland pensent que celle-ci est liée à une variation de pression dans le 3e ventricule et les ventricules latéraux.

S., S. et K. montrent que l'introduction de petites bulles d'air en des régions diverses des ventricules et des espaces sous-arachnoïdiens détermine des céphalées sans modifier la pression intracranienne. Des céphalées rapportées et localisées peuvent ainsi être déterminées par l'introduction de 2 cm^3 d'air.

Le volume d'air nécessaire pour produire la céphalée varie suivant les individus entre 2 et 16 cm^3 ; sans présenter de rapport avec le siège, l'intensité ou le type de la céphalée.

La grande citerne, la région interpédonculaire, les régions pré- et postchiasmatiques et le corps de la citerne qui les entoure, contiennent ou sont limités par des zones sensibles susceptibles de produire des douleurs rapportées à des excitations appropriées.

Il est probable, mais non prouvé que : 1° le plafond du 3e ventricule, les aires médianes et latérales, la scissure de Sylvius sont également sensibles à de telles excitations.

2° Les parois des ventricules latéraux et leur contenu sont insensibles à l'action irritante de l'air.

3° La douleur liée à l'excitation de la citerne basale est rapportée aux os frontaux, à la région orbitaire.

4° La latéralisation et la localisation focale de la douleur sont liées respectivement à l'irritation homo-latérale et focale des aires méningées des hémisphères.

Il est vraisemblable que cette céphalée expérimentale et la première phase de la céphalée accompagnant la pneumoencéphalographie ne sont pas liées à la tension et à la torsion de la dure-mère ou de l'arbre vasculo-méningé. Ce type de céphalée est probablement dû à une excitation directe, chimique ou mécanique de la gaine nerveuse périvasculaire des principales branches de la carotide interne.

H. Schaeffer.

Goldstein et **Weinberg.** ***Evidence expérimentale des propriétés anticonvulsivantes du Diphényl Hydantoïnate de sodium*** (*Archives of Neurologie and Pychiatrie*, vol. **43**, n° 3, Mars 1940, p. 453-456). — Putnam et Merritt ont montré le haut pouvoir anticonvulsivant de la diphénylxydanthoïne. G. et W. ont cherché à mettre en lumière expérimentalement les propriétés de cet agent thérapeutique.

Pour cela ils ont pris 19 femmes épileptiques et leur ont injecté du métrazol, 5 cm^3 d'une solution à 10 pour 100 par 45,5 kg. de poids environ. Dix patientes, soit 52,68 pour 100 présentèrent de grandes crises convulsives après injection de métrazol; 21,05 pour 100 présentèrent des accidents de petit mal; 24,27 pour 100 des malades ne présentèrent aucune réaction; en tout 73,73 sujets ne présentèrent aucune réaction après le métrazol.

Quand la diphénylxydanthoïne était donnée à ces sujets pendant un mois ou plus avant l'injection de métrazol, le nombre des accidents de grand mal était de 7,14 pour 100; celui des accidents de petit mal de 28,57 pour 100; le pourcentage des sujets sans réaction était de 64,29 pour 100; en tout 35,71 pour 100 des malades présentaient une réaction.

Ces constatations montrent l'action anticonvulsivante du diphényl hydantoïnate de sodium ; elles montrent en outre que ce médicament est notablement plus efficace contre les accidents convulsifs que contre les équivalents.

H. Schaeffer.

Edwin A. Weinstein et **Morris B. Bender.** ***Dissociation de la sensibilité profonde aux différents étages du système nerveux central*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **43**, n° 3, Mars 1940, p. 488-498). — Une abolition dissociée du sens articulaire ou postural, et du sens vibratoire, n'est pas exceptionnelle dans les lésions du cerveau et de la moelle.

Chez 7 patients atteints de lésions cérébrales déterminant des troubles de la sensibilité profonde, en particulier du sens postural, de la stéréognosie, et de la discrimination tactile, sensibilités qui étaient abolies ou diminuées, le sens vibratoire était épargné ou peu affecté. En aucun cas on ne rencontra la dissociation inverse.

Dans les lésions de la moelle thoracique ou lombaire cette dissociation inverse peut au contraire s'observer, c'est-à-dire une atteinte plus marquée du sens vibratoire que du sens postural, au niveau des membres inférieurs. Chez 3 malades présentant une compression de la moelle cervicale avec troubles dissociés de la sensibilité profonde intéressant les membres supérieurs, le sens postural était plus affecté que la sensibilité au diapason, mais il existait de l'astéréognosie.

W. et B. étudient en outre les rapports pouvant exister entre les troubles cliniques, le siège des lésions et la nature des voies de conduction intéressées.

H. Schaeffer.



CYTO-SÉRUM _ HEMO-CYTO-SÉRUM _ CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MODE D'EMPLOI : *Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.*

LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

J. H. Buchbinder et **C. J. Lipkoff** (New-York). ***Splénose ; greffes spléniques péritonéales multiples à la suite d'un traumatisme abdominal.*** (*Archives of Surgery*, vol. **6**, n° 6, Décembre 1939, p. 927 à 933). — Il s'agit là d'une affection rare. B. et L. n'ont pu retrouver que 7 cas analogues, comportant la notion certaine d'un traumatisme abdominal. Dans 2 autres cas, l'étiologie est indéterminée.

La malade de B. et L. a été, à 9 ans, heurtée par une automobile. On lui a fait une laparotomie et la rate a été enlevée. Les auteurs la réopérèrent à 28 ans, pour annexite chronique et kyste de l'ovaire droit.

Ils trouvent deux ovaires kystiques : le droit, plus gros que le gauche, contient un kyste hémorragique et plusieurs corps jaunes. Sur le péritoine pariétal, le grand épiploon, l'iléon, le côlon ascendant et l'anse sigmoïde, existent de nombreux nodules rougeâtres, sessiles, de 1 *mm.* à 2 *cm.* de diamètre. Recouverts de péritoine, ils adhèrent étroitement aux organes sur lesquels ils se trouvent : mollasses, ils ressemblent à des kystes hémorragiques. Leur surface est lisse et leurs contours réguliers. Au niveau de l'intestin, ils sont placés aussi bien au bord mésentérique qu'au bord libre.

Autour d'eux, les tissus et organes paraissent normaux.

Les viscères de l'abdomen supérieur sont inexplorables, en raison des adhérences ; celles-ci sont particulièrement denses dans l'ancienne loge splénique. B. et L. pensaut qu'il s'agit d'endométriomes diffus, font une ovariectomie double et prélèvent pour examen quelques-uns des nodules. Guérison simple.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de nodules spléniques.

Les rates accessoires, ordinaires, sont situées dans le ligament gastro-splénique, parfois au niveau du pancréas, rarement dans le grand épiploon. En raison du traumatisme ancien subi par leur malade et des localisations inhabituelles des nodules spléniques, B et L. pensent que, dans leur cas, il s'agit plutôt de greffes spléniques que de rates accessoires multiples.

Ils résument très brièvement 7 cas analogues au leur et rappellent qu'expérimentalement le tissu splénique peut vivre après transplantation dans le péritoine.

Il y a donc lieu de connaître ces faits chez les anciens traumatisés de l'abdomen, puisqu'au premier abord les nodules ressemblent à des endométriomes. Histologiquement, leur structure est celle du tissu splénique, mais les follicules lymphatiques sont peu nombreux, ainsi que les trabécules, et la disposition des vaisseaux est parfois anormale.

La notion d'un traumatisme antérieur grave de la rate, le grand nombre et la diffusion large des nodules, inhabituelle en cas de rates accessoires, doivent faire penser qu'il s'agit de greffes spléniques. Jamais, dans aucun cas, celles-ci n'ont entraîné de symptômes particuliers.

Antoine Basset.

J. R. Lisa et **D. S. Likely** (New-York). ***L'infection comme cause d'hémorragie massive dans l'ulcère peptique chronique*** (*Archives of Surgery*, vol. **40**, n° 1, Janvier 1940, p. 15 à 24, avec 5 fig.). — L. et L. ont observé 5 cas de mort par hémorragie due à l'infection, dans des cas d'ulcère chronique gastrique ou duodénal. Dans chacun de ces 5 cas, il s'agissait indubitablement d'ulcères chroniques, et des microbes furent décelés sur les coupes dans la zone de l'hémorragie. Dans certains d'entre eux existaient des signes cliniques de septicémie.

Quatre de ces cas survinrent en hiver, un au printemps. Or, les saisons et les épidémies de grippe ont sur l'activation des symptômes ulcéreux et la fréquence des hémorragies une influence certaine et d'ailleurs admise.

Parmi les microbes signalés dans de pareils cas, le streptocoque est le plus fréquent. Dans le sang, on a isolé le bacille de Friedländer, le streptocoque hémolytique, et ceux-ci ont été retrouvés dans la zone même de l'hémorragie. Furent également isolés un microbe du groupe strepto-pneumocoque, un staphylocoque, des cocci en chaînettes.

Dans les cas des auteurs, l'origine de l'infection de l'ulcère a été difficile à déterminer. Dans l'observation II, une infection pneumonique en était la cause. Dans l'observation III, il y avait dans le psoas un abcès à streptocoque hémolytique, mais L. et L. considèrent comme très peu probable qu'il ait été la source de l'infection. Celle-ci, dans l'observation V, est probablement partie d'une plaie de décubitus. Dans les deux derniers cas, il fut impossible de trouver le point de départ de l'infection.

Les cas observés par L. et L. ne leur permettent aucune conclusion pour ce qui est de l'étiologie de l'ulcère, mais ils pensent qu'en cas de bactériémie transitoire, un ulcère chronique constitue un lieu favorable pour la localisation des microbes et la production d'un processus infectieux conduisant à la rupture des vaisseaux avec hémorragie grave. Tout ceci suggère qu'en cas d'hémorragies répétées il faut chercher et supprimer les foyers d'infection chronique.

Antoine Basset.

Franklin Carter, Carl. H. Greenc, Russel et **Richard Hotz** (New-York). ***Etiologie de la lithiase de la voie biliaire principale*** (*Archives of Surgery*, vol. **40**, n° 1, Janvier 1940, p. 103 à 119). — En 7 ans, sur 239 opérations portant sur les voies biliaires, l'exploration de la voie principale fut pratiquée dans 47 cas. Vingt et une fois elle contenait des calculs; vingt-six fois sa dilatation était due soit à un spasme du sphincter, soit à une obstruction non calculeuse.

L'étude comparative de ces deux séries de cas a été faite par la cholécystographie pré-opératoire, le drainage duodénal, l'étude chimique du sang, l'examen chimique et bactériologique de la bile et des calculs de la vésicule et de la voie principale, la cholangiographie post-opératoire (dans 8 cas) et l'étude journalière de la bile au niveau du tube de drainage cholédocien.

Cette étude comparative permet aux auteurs de dire que, dans la majorité des cas, les calculs de la voie principale n'étaient pas en rapport, de par leur structure, avec les calculs vésiculaires, et devaient être rapportés à une autre cause.

Dans beaucoup de cas, la maladie débute dans la vésicule. Avec le temps, celle-ci s'oblitère et perd son rôle physiologique ; c'est alors la voie principale qui, à un degré plus ou moins grand, assume la fonction de concentration biliaire de la vésicule. Ceci est mis en évidence par la haute concentration de la bile contenue dans la voie principale chez les sujets ayant une affection vésiculaire accentuée.

Cette concentration est encore accrue par la stase qui, en présence d'achylie gastrique, prédispose à l'infection. La combinaison de ces facteurs favorise la formation de boue biliaire et de calculs de bilirubinate de calcium.

Ainsi, la lithiase de la voie principale représente une entité pathologique séparée et distincte de la relation avec celle-ci et sous sa dépendance.

L'impuissance de la cholécystectomie à interrompre cette suite d'événements explique probablement la récidive de la lithiase dans la voie principale.

Antoine Basset.

O. R. Hyndman et **F. J. Jarvis** (Iowa City). ***Crises gastriques du tabes. Huit cas traités par chordotomie antérieure*** (*Archives of Surgery*, vol. **40**, n° 5, Mai 1940, p. 997 à 1013). — Chez ces 8 malades, les seules que H. et J. aient opérées, le résultat a été très satisfaisant. La chordotomie antérieure doit être bilatérale et pratiquée de préférence au niveau du deuxième segment dorsal, — pas plus bas que le troisième. Les faisceaux spinothalamiques doivent être complètement sectionnés. Ceci est obtenu par une incision de 3 *mm.* de profondeur, commençant à 2 *mm.* en avant du ligament dentelé et même jusqu'à 3 *mm.* en dedans de la racine antérieure. Si la section n'est pas poussée au delà de cette dernière, la perte de la sensibilité à la douleur n'atteindra pas sa hauteur maximum et la section sera incomplète.

Il faut se résigner d'avance, en cas de section bilatérale, à la perte de la sensibilité cutanée douloureuse et thermique, à une rétention d'urine nécessitant le sondage pendant 10 à 15 jours, à la possibilité d'accidents sérieux comme dans toutes les incisions de la moelle (H. et J. n'en ont pas observé dans ces 8 cas), à la perte de la fonction sexuelle (érection et orgasme).

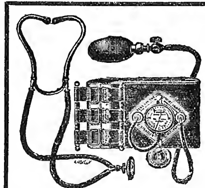
L'avantage décisif de la chordotomie dans le traitement des crises gastriques incurables est de donner à coup sûr la suppression des douleurs et des vomissements grâce à une seule intervention, ne comportant qu'une petite laminectomie.

Il est frappant de voir combien les malades, toujours très déprimés, conservent, pendant quelques jours après l'opération, une violente appréhension que l'ingestion d'aliments provoque une crise.

Lorsqu'ils constatent que la douleur et les vomissements ont été supprimés, leur psychisme s'améliore considérablement, leur appétit revient, le taux sanguin de l'hémoglobine augmente et ils engraissent.

Tous les opérés de H. et J. ont été très reconnaissants et ont repris une vie active sauf deux. L'un est mort au bout de 3 semaines d'une hémorragie cérébrale, l'autre au bout de 2 mois par privation de ses narcotiques habituels. Ils n'avaient plus eu aucune crise. Les 6 autres étaient guéris complètement depuis 3 jusqu'à 25 mois.

Antoine Basset.



INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR LA MÉDECINE

TOUS LES APPAREILS CONCERNANT LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

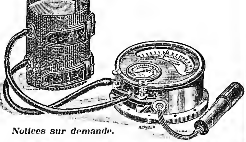
SPHYGMOTENSIOPHONE DE VAQUEZ-LAUBRY BREVETÉ S. G. D. G.

avec nouveau manomètre à mécanisme indéréglable et dispositif de remise à zéro

SPHYGMOMÈTRE OSCILLOMÉTRIQUE

A système différentiel et dispositif de protection brevetés S. G. D. G., évitant toute fausse manœuvre.

Avec nouveau Brassard à double manchette de E. SPENGLER supprimant radicalement le coefficient personnel



ÉTABts E. SPENGLER

Constructeur

16, rue de l'Odéon — PARIS

SPHYGMO-OSCILLOMÈTRE DE YACOEL, Bté S.G.D.G.

pour la mesure rapide et très précise de la tension moyenne.

STÉTHOPHONE, du Dr LAUBRY, Bté S.G.D.G., le plus perfectionné des appareils d'auscultation.

ENDOPHONE, breveté S.G.D.G., du Pr MINET.

MICROSTÉTHOSCOPE, du Dr D. ROUTIER.

Notices sur demande.





Le PREMIER Produit FRANÇAIS qui ait appliqué LES MUCILAGES au traitement de la CONSTIPATION CHRONIQUE

THAOLAXINE

GÉLOSE PURE (AGAR-AGAR)

combinée aux extraits de rahmnées.

POSOLOGIE

PAILLETTES, 1 à 4 cuil. à café à chaque repas

CACHETS, 1 à 4 à chaque repas

COMPRIMÉS, 2 à 8 à chaque repas

GRANULÉ, 1 à 2 cuil. à café à chaque repas

(Spécialement préparé pour les enfants)



LABORATOIRES

DURET & REMY

& DOCTEUR PIERRE ROLLAND

RÉUNIS

Asnières-Paris



REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX

(Paris)

P.-H. Anglade. Oussoulx (Haute-Loire). ***Maladie de Bouillaud et traumatisme*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **113**, n° 52, 28-31 Août 1940, p. 505-506). — A. apporte 4 observations succinctes de deux enfants et deux jeunes hommes qui, à la suite d'un traumatisme articulaire net, virent se développer *in situ* la première manifestation articulaire d'un rhumatisme articulaire aigu signé ultérieurement par l'apparition d'une cardiopathie.

Ces sujets n'avaient pas d'antécédents rhumatismaux. Deux fois, le traumatisme a consisté en une entorse de la tibiotarsienne par torsion, une fois en une entorse du poignet par retour de manivelle, une fois en contusion de l'épaule pour avoir porté des caisses pendant une demi-journée.

Trois fois, les phénomènes articulaires débutèrent immédiatement au niveau de l'articulation traumatisée, et il n'est pas signalé qu'ils se soient étendus à d'autres articulations. La température 38°3, 38°5, 39° a été constatée une fois le lendemain, une fois 3 jours après accident ; il n'en est pas question dans la 3e observation.

Le quatrième sujet, vu 5 jours après l'accident, présentait une polyarthrite fébrile.

Le souffle systolique d'insuffisance mitrale a été entendu 48 heures après le traumatisme dans un cas, 8 jours, 3 semaines et plus tard respectivement dans les autres.

A propos de ces observations, sont passées en revue les relations entre le traumatisme et la maladie de Bouillaud.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Paris)

Golay. ***Gale norvégienne*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **10**, n° 11, 1939-40, p. 976-981). — G. a observé un cas de gale norvégienne chez un homme cachectique de 71 ans ; les extrémités sont couvertes de placards squameux, eczématiformes, parfois kératosiques ; les ongles des mains et des pieds sont hyperkératosiques. Pas le moindre sillon. Le diagnostic clinique qui semblait probable était épidermomycose ou iodiomycose. Mais l'examen des squames montra une grande abondance d'acares mâles et femelles, de larves et d'œufs ; mêmes constatations dans les lésions unguéales.

Il s'agissait donc de gale dite norvégienne, forme rare, caractérisée habituellement par une éruption érythémato - squameuse généralisée, atteignant même la face et le cuir chevelu, s'accompagnant souvent de kératose des palmes et des membres supérieurs. Cette affection essentiellement chronique, souvent peu prurigineuse, prend peu à peu l'aspect de carapace kératosique généralisée.

Dans le cas de G., l'affection, relativement jeune (6 à 7 mois), était seulement localisée aux mains et aux pieds ; mais le malade était soumis à des balnéations fréquentes. Son éosinophilie était marquée : 28 pour 100.

Le sarcopte trouvé en abondance dans les squames était le sarcopte humain habituel, mais un peu plus grand (490 µ au lieu de 420 µ).

Ce malade a donné lieu à des contaminations nombreuses pendant son séjour à la clinique : ses 3 filles, 10 infirmières, son médecin traitant furent atteints de la gale, mais sous sa forme banale ; cette contagiosité s'explique par l'intense pullulation d'acares dans les productions squameuses de la maladie.

R. BURNIER.

ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES

(Paris)

J. Hepp (Paris). ***Plaies des doigts par jet d'huile sous haute pression*** (*Archives des Maladies professionnelles*, t. **2**, n° 5, 1939-1940, p. 565 à 573). — H. rapporte l'observation d'un homme blessé au pouce gauche par un jet d'huile (vaseline) sous pression. L'accident est survenu en utilisant un injecteur susceptible de projeter du liquide de graissage sous une pression de 600 à 700 *kg.* par centimètre carré. La projection n'a duré que quelques secondes. L'examen local ne montrait, à la partie moyenne de l'ongle, qu'un orifice de dimension restreinte (pointe de crayon) et l'existence d'un hématome sous-unguéal localisé à son pourtour. La pulpe paraissait cependant un peu tendue.

Sans anesthésie, la moitié antérieure de l'ongle décollé fut excisée pour mettre à nu l'orifice sous-unguéal de pénétration dans la profondeur des tissus. Il n'y avait sous l'ongle aucun orifice visible, aucune goutte d'huile de vaseline. Dans les heures qui suivirent, la douleur s'accrut à l'extrémité du pouce, véritable tension aiguë qui s'opposa à tout sommeil, et l'on vit un gonflement progressif de la main et du pouce empiétant sur l'avant-bras. Malgré deux incisions faites le lendemain, les douleurs aiguës et l'œdème ont persisté quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à l'installation d'une suppuration torpide et l'apparition de plaques de nécrose qui envahirent toute l'extrémité de la pulpe jusqu'au voisinage de l'articulation phalango-phalangienne. A ce moment, la perte de toute la partie terminale du pouce semblait fatale, limitée toutefois, en l'absence de lésion osseuse, à une perte cutanée, encore qu'il y ait lieu de craindre l'apparition d'une ostéite secondaire et la persistance d'une fistule.

A la suite de cette observation sont résumés 4 cas semblables publiés par des auteurs américains. Tous ont à l'origine un accident par jets d'huile sous pression, occasionnant une plaie minime aboutissant en quelques jours à une mutilation plus ou moins étendue, mais toujours grave. Le facteur essentiel de la gravité de ces plaies, celui qui crée la tendance nécrosante et extensive, semble bien être la pression considérable sous laquelle l'huile est injectée ; cette pression atteignant à la sortie des injecteurs 300 à 600 *kg.* par centimètre carré.

En conclusion, H. attire l'attention sur la gravité des plaies de la main par jet d'huile sous pression. Il met en garde contre la tendance imprudente des ouvriers à vérifier la bonne marche des moteurs Diesel en mettant la main devant le jet d'injection d'huile. Il recommande, comme traitement, l'incision précoce et large, des grands lavages à l'éther, l'immobilisation rigoureuse et en partie élevée de la main. Il conseille d'éviter les pansements humides et les bains prolongés qui pourraient favoriser la gangrène infectée et humide. En cas de nécrose sèche, ne pas se hâter d'amputer; en cas de gangrène infectée et diffusante, s'y résoudre plus vite. Le traitement médical précoce peut se trouver bien des injections d'acétyl-choline, d'eupavérine.

A. FEIL.

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Georges Mouriquand (Lyon). ***Rhumatisme chronique et avitaminoses*** (*Annales de Médecine*, t. **46**, n° 4, 1939-1940, p. 249-267). — Depuis 1921, M. a poursuivi la réalisation expérimentale chez le cobaye de l'avitaminose C chronique, avec addition au régime scorbutigène de jus de citron stérilisé ou d'acide ascorbique. Il décrit le syndrome clinique d'avitaminose C expérimentale, les aspects radiologiques, leur évolution, leur thérapeutique, les indications qui en découlent en ce qui concerne le rhumatisme chronique humain.

De façon générale, les troubles de carence apparaissent vers le 40e ou 60e jour, et le syndrome « rhumatisme chronique » vers le 80e jour, par des troubles moteurs du train postérieur qui se soude progressivement. L'autopsie et la radiologie montrent que les articulations sont indemnes et que l'ankylose résulte de calcifications périarticulaires et de la rétraction des muscles dégénérés et fibrosés: tout se passe comme s'il y avait une migration calcique de la jointure vers les régions périostales et périosseuses, une véritable mutation calcique (périphérisation du calcium). Ces lésions atteignent leur maximum vers le 150e ou 200e jour, après quoi elles tendent à stagner. Les processus de décalcification peuvent prédominer sur certaines régions des os. Dans certains cas apparaissent des ostéophytes, que M. n'a jamais observés dans les cas où il employait l'acide ascorbique. Certains cobayes manifestent une véritable avitamino-résistance.

Si la vitaminothérapie agit au début, au bout d'un certain temps on observe l'irréversibilité de ce syndrome rhumatisme chronique, que M. fait rentrer dans les paravitaminoses, par rapprochement avec la parasyphilis de Fournier, comme si la maladie, après avoir parcouru un stade réversible par sa médication spécifique, perdait ensuite tout souvenir de son facteur pathogène primordial, les lésions entrant dans la zone des lésions banales.

Ces faits expérimentaux doivent engager le clinicien à rechercher de tels facteurs chez les rhumatisants chroniques. Mais les facteurs pathogéniques sont en clinique infiniment plus complexes. Il est possible cependant qu'on puisse en dépister.

M. étudie les divers processus par lesquels peut se réaliser la carence vitaminique C: le phénomène du refus d'une vitamine par le tissu osseux, la carence d'origine exogène, les endocarences par troubles organiques compromettant l'utilisation et l'action d'une vitamine dans l'organisme, le rôle des infections, etc.

Pratiquement, la vitaminothérapie doit être d'abord préventive, sous forme d'un régime riche en aliments frais, bien équilibré, et, en cas de carence, emploi d'acide ascorbique. En présence d'un syndrome rhumatismal installé, on fera. à côté des médications classiques, la part de la vitaminothérapie. Le phénomène du « refus » peut

IODAMÉLIS
LOGEAIS

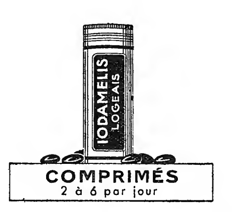
PUISSANT RÉGULATEUR DE LA NUTRITION
RÉDUCTEUR DES SCLÉROSES — STIMULANT DES ÉCHANGES

UNE TRIADE DE SYNDROMES
UNE SEULE MÉDICATION



GOUTTES
20 à 50 aux deux repas

MALADIES DE LA CIRCULATION
•
TROUBLES UTÉRO-OVARIENS
•
MALADIES DE LA NUTRITION



COMPRIMÉS
2 à 6 par jour

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

DYSENDOCRINIES
DE LA JEUNE FILLE ET DE LA FEMME
PUBERTÉ — MÉNOPAUSE
OBÉSITÉ

ASTHÉNIES DE L'AGE MÛR
OBÉSITÉ
SÉNILITÉ

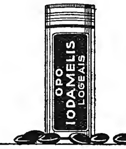
ASSOCIE
LES PROPRIÉTÉS STIMULANTES
DE L'IODOTANIN DE L'IODAMÉLIS
A L'ACTION SPÉCIFIQUE
DE L'ORGANOTHÉRAPIE
MASCULINE OU FÉMININE



FORMULE "F"

Iodotanin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Ovaire	0gr.05
Ante Hypophyse	0gr.005
Benzoate de Folliculine	40 U.I.

En comprimés enrobés



FORMULE "M"

Iodotanin de l'IODAMÉLIS	0gr.10
Orchitine	0gr.10
Ante Hypophyse	0gr.005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

n'être que partiel et on ne le saura qu'après un long emploi de la vitamine C. Et l'on recherchera toujours s'il n'existe pas un facteur pathogène primordial, infection responsable du « refus », et on le traitera.

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

A. Repond. *Le « lattah » : une psycho-névrose exotique* (*Annales Médico-Psychologiques*, an. **98**, t. **1**, n° 4, Avril 1940, p. 311-324. — En 1924, Van Loon décrivit, sous le nom de « *lattah* », un syndrome d'échokinésie, surtout répandu chez les femmes malaises aux Indes néerlandaises, rencontré aussi en Algérie.

Le syndrome consiste en crises paroxystiques, pendant lesquelles le malade reproduit d'une manière excessive et stéréotypée les mouvements qu'on exécute devant lui.

L'automatisme moteur l'entraîne malgré ses efforts pour le dominer : une femme, atteinte de *lattah*, n'a pu se retenir de précipiter son enfant dans la mer. La crise s'accompagne d'angoisse, et le malade réagit avec violence si on le trouble dans son automatisme.

Le *lattah* n'est pas contagieux. R. ne lui a trouvé aucun substratum organique.

Les malades font preuve d'une effectivité et d'une activité normales : on ne met en évidence aucun élément schizophrénique ni hystérique.

Le *lattah* s'observe presque exclusivement dans certaines races indigènes et dans les couches inférieures de la population. Il représente la réaction d'une vie mentale primitive.

G. d'Heucqueville.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Redvers Ironside. *La simulation de l'épilepsie en temps de guerre* (*British medical Journal*, n° 1138, 27 Avril 1940, p. 703-705). — La simulation de l'épilepsie a fait de grands progrès. La mousse aux lèvres produite par un morceau de savon placé dans la bouche, l'hémosialémèse provoquée par la succion des gencives ne sont plus guère utilisées parce que trop vite dépistées. Une technique plus ingénieuse a été adoptée. Les substances convulsivantes telles que le camphre monobromé, le cardiazol, l'insuline sont trop dangereuses à être maniées par des mains inexpertes. Par contre, la période de torpeur, d'obnubilation, qui suit la crise, peut parfaitement être simulée par la prise d'un hypnotique. L'individu a soin d'uriner dans ses vêtements avant la prise de la drogue, de se mordre la langue ou la joue et de laisser à un ami complaisant ou à son entourage le soin de raconter le tableau de la crise qu'il aurait eue.

On peut évidemment rechercher dans les urines et le liquide céphalo-rachidien les traces du soporifique employé. L'électro-encéphalographie sera appelée, sans doute, par la suite, à rendre de grands services dans le dépistage de cette simulation. Mais actuellement on est obligé, dans la plupart des cas, de s'appuyer uniquement sur la clinique. L'observation du malade doit être minutieuse. Il faut l'interroger sur les conditons d'apparition de la crise; il faut saisir les contradictions, confronter les témoins oculaires et faire une critique serrée de tous les commémoratifs de la crise.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

David Harley et G. Roche Lynch. *Le test du groupe sanguin dans la recherche de la paternité* (*The Lancet*, n° 6090, 18 Mai 1940, p. 911-912). — Dans les cas de recherche de la paternité, la non-paternité est établie quand les groupes sanguins de l'homme, de la femme et de l'enfant sont en désaccord avec les lois de l'hérédité des groupes sanguins.

Si les trois groupes sanguins sont en accord avec les lois d'hérédité des groupes sanguins, cela veut simplement dire que l'homme est le père *possible* et non pas qu'il est le père *certain*, car un autre homme du même groupe sanguin pourrait être aussi bien le père de l'enfant. Ce test ne donne donc pas une solution de la recherche de la paternité. En d'autres termes, le test peut établir l'innocence d'un homme accusé de paternité, mais il ne peut jamais prouver cette paternité.

Le test permet d'établir la non-paternité dans un tiers des cas. Les chances de prouver la non-paternité varient avec le groupe sanguin de l'accusé. Elles sont nombreuses quand l'homme appartient aux groupes ABO et faibles pour les groupes AMN.

L'application de ce test dans les procès pour attribution d'enfants ferait gagner un temps précieux en écourtant les débats pour un tiers au moins des cas.

André Plichet.

Archibald Mac Lellan. *Réponse de l'utérus gravide à l'extrait de pituitaire postérieur et à ses composants, l'ocytoxine et la vasopressine* (*The Lancet*, n° 6090, 18 Mai 1940, p. 919-920). — L'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse contient de l'ocytoxine qui provoque des contractions de l'utérus excisé de femelle vierge de cobaye et de la vagopressine qui élève la tension artérielle chez le chien. De nombreuses expériences ont été faites chez l'animal, dans le but de déterminer ces actions et d'étalonner ces produits. Aucun travail n'avait été fait jusqu'ici pour mesurer l'action de l'ocytoxine et de la vagopressine sur l'utérus de la femme non gravide.

L. a poursuivi ses recherches en se servant de ballon introduit dans la cavité utérine relié à un manomètre et en injectant soit de l'extrait pituitaire, soit un des deux composants. Il arrive aux conclusions suivantes: les contractions de l'utérus non gravide sont provoquées par la vasopressine et non par l'ocytoxine. Il ne faut pas en induire que l'utérus gravide réagit de la même façon. Cette réponse aux extraits de lobe postérieur se rencontre surtout immédiatement avant et pendant la menstruation.

André Plichet.

Robertson Gorrie. *Purpura hémorragique consécutif à une thérapeutique arsenicale traité par la vitamine P* (*The Lancet*, n° 6092, 1er Juin 1940, p. 1005-1007). — Les troubles sanguins consécutifs à un traitement par les arsénobenzènes sont rares. Mac Carthy et Wilson en ont signalé 71 cas jusqu'en 1932 ; G. en a trouvé 31 cas depuis cette date. Deux cas de purpura hémorragique après arsénothérapie ont été traités en Angleterre par la vitamine P (Scarborough et Stewart, 1938).

G. rapporte l'observation d'un troisième cas qui, après avoir reçu 4 *g*. 05 de néoarsphénamine et 1 *g*. 4 de bismuth, fut atteint d'un purpura hémorragique intense avec hématurie profuse et hémorragie rétinienne, accompagné d'angine pseudo-membraneuse. Les frottis montrèrent l'absence de bacilles diphtériques, mais la présence de spirochètes de Vincent et de bacilles fusiformes. Le temps de saignement était de 11 minutes, le temps de coagulation de 15 minutes et le signe du lacet fortement positif. Le chiffre des globules rouges était de 2.620.000, celui des globules blancs de 4.400 et on constatait une absence complète de plaquettes. Il n'y avait pas de carence en vitamine C. En somme, un tableau d'anémie sérieuse avec thrombocytopénie des granulocytes malgré gine nécrotique. Il n'y avait pas de signes d'aplasie sanguine à l'examen de la moelle osseuse.

Ce purpura guérit en trois jours par l'administration orale de vitamine P (Hespéridine) à la dose de 1 *g*. par jour.

André Plichet.

EL DIA MEDICO
(Buenos Ayres)

Julio A. Cruciani et A. Gavlin. *L'histamine dans le traitement de l'asthme* (*El Dia Medico*, an. **12**, n° 20, 13 Mai 1940, p. 390-393. — Ramirez et George ont traité, en 1924, un certain nombre d'asthmatiques au moyen d'injections sous-cutanées d'histamine qui leur ont fourni de bons résultats. En 1932, Stahl et Masson ont pratiqué sur une série d'asthmatiques et de sujets atteints de dyspnées asthmatiformes des frictions cutanées d'histamine après scarifications. Piquet, utilisant ce même procédé, a noté l'atténuation des crises d'asthme. Dzsinich, ayant traité 15 asthmatiques au moyen d'injections intradermiques et sous-cutanées d'histamine, a constaté que 5 d'entre eux seulement n'avaient tiré aucun bénéfice de cette médication.

C. et G. publient à leur tour un certain nombre d'observations d'asthmatiques qu'ils ont traités par l'histamine, suivant deux modalités. Chez certains malades ils ont pratiqué des scarifications cutanées sur lesquelles ils ont appliqué, sans friction, une solution d'histamine à 1 pour 1.000, et lorsque les réactions locales et générales révélaient la tolérance du sujet, le traitement était poursuivi sous forme d'injections intradermiques. Pour un second groupe de malades, C. et G. ont pratiqué des injections intradermiques et sous-cutanées suivant la technique décrite par Dzinisch, en utilisant parfois une dilution plus concentrée et en arrêtant le traitement avant la vingtième injection.

Voici les résultats obtenus par C. et G. : Sur 10 malades traités par scarifications et injections intradermiques, 5 furent améliorés, 4 ne le furent en aucune façon et 1 abandonna le traitement.

Sur 4 malades traités au moyen des injections intradermiques et sous-cutanées, 1 fut amélioré, 2 ne le furent pas et 1 abandonna le traitement à la suite d'un accès plus sévère.

C. et G. en concluent que l'histamine fournit des résultats inférieurs aux autres médications dans le traitement de l'asthme, mais qu'elle peut rendre des services dans certains cas et être utilisée comme adjuvant.

G. Schreiber.

José M. Macera, Alberto P. Ruchelli et Sr Manuel Araya. *L'orientation professionnelle des enfants cardiaques* (*El Dia Medico*, an. **12**, n° 20, 13 Mai 1940, p. 394-396). — Une enquête portant sur 10.000 écoliers de Buenos-Ayres, soumis à des examens cliniques, électro- et phonocardiographiques, a révélé que 2,4 pour 100 d'entre eux étaient atteints d'une affection cardiaque. Or, un grand nombre de ces enfants deviennent en grandissant une charge pour leur famille et pour l'Etat; d'où l'importance de l'orientation professionnelle pour tenter de solutionner chaque cas en particulier. A la demande des auteurs, la Section d'Orientation professionnelle du Musée Social Argentin a soumis à des examens psychotechniques 31 écoliers cardiaques des deux sexes qui étaient sur le point de terminer leurs études primaires.

Le résultat de l'examen psychotechnique est inscrit sur une fiche individuelle où sont successivement indiquées : les aptitudes sensorielles, la capacité physique, l'habileté, l'intelligence pratique technique et l'intelligence « idiomatique » scolaire abstraite. L'examen comporte 22 tests et

PRODUITS DE LABORATOIRE DE **LA BIOTHÉRAPIE**

ANTIGÈNE TUBERCULEUX A L'ŒUF
DE BESREDKA

ANTIGÈNE DE BORDET
ANTIGÈNE DE KAHN
TOLU ANTIGÈNE { Opacification M.T.R. III / Clarification M.K.R. II

SÉRUMS HÉMOLYTIQUES — SÉRUMS AGGLUTINANTS
ÉMULSIONS MICROBIENNES

MILIEUX DE CULTURE

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens
5, rue Paul-Barruel — PARIS (15e) — Tél. : Vaug. 11-23

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

VACCINATION PAR VOIE BUCCALE

BILIVACCIN

Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens 5, rue Paul Barruel, PARIS-15

25
ANNÉES
D'EXPÉRIENCE

CONFORT
EFFICACITÉ
RÉPUTATION

PTOSES
VISCÉRALES

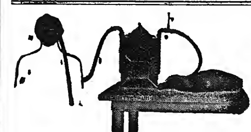


SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE

Les CEINTURES "SULVA"
AVEC OU SANS PELOTES
RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE
DES FONCTIONS DIGESTIVES


BERNARDON
18, Rue de la Pépinière, PARIS 8e
Tél. Laborde 16-86-17-35


Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)

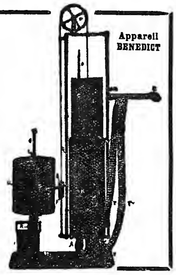


TOUS LES INSTRUMENTS *LES PLUS MODERNES* POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE
OSCILLOMÈTRE universel de G. BOULITTE
ARTÉROTENSIOMÈTRE du Prof. DONZELOT assistant du Prof. VAQUEZ
KYMOMÈTRE de VAQUEZ, GLEY et GOMEZ
SPHYGMOPHONE BOULITTE-KOROTKOW

ÉLECTROCARDIOGRAPHES NOUVEAUX MODÈLES
A 1, 2 OU 3 CORDES — MODÈLES PORTATIFS

DIATHERMIE - MESURE DU **MÉTABOLISME BASAL** - EUDIOMÈTRES DIVERS

Catalogues sur demande — Expéditions directes Province et Étranger.


Appareil BENEDICT

dure en moyenne 2 heures et demie par enfant.

Les enfants cardiaques sont répartis en 5 groupes. Le premier groupe comprend les cardiopathes en puissance qui n'ont pas de lésions vasculaires organiques, mais qui ont des antécédents rhumatismaux, choréiques, ou qui ont été atteints de maladies infectieuses pouvant retentir sur le myocarde (diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine, etc...), ou qui sont des hérédo-syphilitiques, ou qui présentent des troubles électrocardiographiques.

Le deuxième groupe englobe les cardiopathes organiques ayant conservé leur pleine activité.

Le troisième groupe comprend les cardiopathes organiques dont l'activité est légèrement réduite. On note chez eux de la dyspnée d'effort, de la tachycardie provoquée, des palpitations, etc...

Le quatrième groupe réunit les cardiopathes organiques dont l'activité est très notablement diminuée. La dyspnée se produit au moindre effort et ces enfants présentent périodiquement des manifestations d'insuffisance cardiaque qui cèdent au repos ou aux médications cardio-toniques.

Le cinquième groupe comprend les cardiopathes organiques dont l'activité est nulle. La dyspnée d'effort est permanente et l'insuffisance cardiaque irréductible.

Sur les 31 écoliers examinés par R. et A., 26 ont pu être rangés dans le deuxième groupe, 5 dans le troisième. A chacun d'eux une profession particulière a été conseillée : débutant dans l'industrie, technicien en T.S.F., modiste, mécanicien de précision, employé d'administration, électricien, encadreur, graveur, couturière, chapelier, secrétaire commercial, etc., etc...

G. Schreiber.

BRASIL MEDICO

(Rio de Janeiro)

José Adonias Aguiar (Bahia). ***Néphrose lipoïdique ankylostomosique*** (*Brasil-Médico*, an. **54**, n° 9, 2 Mars 1940, p. 3-11). — Dans son livre de Clinique médicale, Berardinelli a recueilli 34 observations de néphrose lipoïdique et abouti à cette conclusion que cette néphrose peut être produite par l'ankylostomiase. Dans 18 de ces cas, des parasites intestinaux ont pu être décelés et dans 7 d'entre eux on notait une association syphilitique et vermineuse. Il convient d'ailleurs de noter que les lésions rénales ont été signalées dans l'ankylostomiase par Ashford et Igaravidez, par Mohamed Djamil.

La conception de Berardinelli, attribuant une origine vermineuse à la néphrose lipoïdique, a été mise en doute par divers auteurs, mais dans cet article, A. publie l'observation d'un jeune homme de 20 ans qui lui paraît démontrer le bien fondé de son opinion. Il s'agit, en effet, d'un cas typique de néphrose lipoïdique avec une albuminurie atteignant 11 *g.* par litre, présence de corps biréfringents dans les urines, etc. L'analyse des selles révéla chez ce sujet à diverses reprises la présence d'œufs d'*Ascaris lumbricoïdes*, de *Trichuris trichiura* et surtout de très nombreux œufs d'*Ankylostome duodénal*.

L'ankylostomiase traitée au moyen de l'administration de capsules d'huile de chenopodium céda rapidement et en même temps on vit s'amender les symptômes de la néphrose : diminution rapide de l'albumine, des œdèmes, disparition des lipoïdes biréfringents.

A. attribue à cette observation une valeur quasi-expérimentale. Le traitement de l'ankylostomiase, amenant la guérison de la néphrose lipoïdique, confirme selon lui, l'origine vermineuse de cette dernière et fournit un argument probant en faveur de la doctrine émise par Berardinelli.

G. Schreiber.

H. C. de Souza Araujo. ***La lèpre infantile en Colombie. Siège et types des lésions initiales*** (*Brasil-Medico*, an, **54**, n° 10, 9 Mars 1940, p. 5-11). — En collaboration avec Mario Bernal Londono et Manuel Medina, de S. A. a examiné dans la léproserie colombienne de Agua de Dios, 852 enfants considérés comme étant indemnes et sur ce nombre il en a reconnu 114 comme lépreux ou suspects, soit une proportion de 13,37 pour 100.

Sur 726 enfants de lépreux admis dans cette même léproserie de 1920 à 1934, Ricardo F. Parra avait pu déjà constater que 232, soit 31,96 pour 100, avaient contracté la lèpre dans l'établissement même.

De S. A. rappelle qu'en 1778, Godofredo Guilherme Schilling avait déjà signalé à Batavia que les symptômes initiaux de la lèpre étaient les *taches* et l'*anesthésie*. Aux Indes, Gwyther, étudiant 199 cas de 1891 à 1904, avait noté comme premiers symptômes : l'*anesthésie* dans 40,2 pour 100 des cas et des *bulles* ou *pemphigus* dans 35,7 pour 100 des cas. La forme maculo-anesthésique a été notée par Patéo et Solano à S. Paulo chez 314 lépreux récemment atteints sur 456, soit dans 68,9 pour 100 des cas.

Sur les 114 cas qu'il a observés, de S. A. en a retenu 89 comme suspects et considéré 25 comme lèpres cliniquement confirmées. Sur ces 25 cas, 24 ont débuté par des *taches achromiques* ou des *zones d'anesthésie* qui indiquent un certain degré d'immunité. Dans un seul cas, la lésion initiale fut un lépromе.

Chez une fillette de 2 ans 1/2, de S. A. a constaté une lésion initiale au niveau de la région iliaque gauche analogue au « chancre lépreux » décrit par Gougerot, lésion que certains léprologues brésiliens désignent sous le nom de « sarcoïde de Boeck ». Le cas d'une fillette suspecte, âgée de 31 jours, présentant à la naissance dans la région coccygienne une tache circinée de 1 *cm* de diamètre, lui paraît peut-être attribuable à une lèpre congénitale.

De S. A. publie les observations résumées d'une vingtaine de cas personnels en joignant pour chacun d'eux un schéma indiquant le siège et l'aspect des lésions initiales. Il signale qu'en Colombie on utilise fréquemment pour le diagnostic précoce de la lèpre une réaction au moyen d'un antigène préparé à l'aide d'une culture d'un bacille acido-résistant isolé par hémoculture.

G. Schreiber.

A. Tupynamba et **A. Oliveira Lima.** ***La question de la pollénose brésilienne*** (*Brasil-Médico*, an. **54**, n° 12, 23 Mars 1940, p. 7-11). — T. et O. L. montrent l'importance des diverses manifestations d'hypersensibilité spécifique, et en particulier des troubles de l'appareil respiratoire attribuables à l'action des pollens répandus dans l'atmosphère. Ils rappellent les recherches expérimentales entreprises par les auteurs de l'Amérique du Nord et les tests cutanés que ces derniers préconisent. Ils publient ensuite un tableau des principales graminées susceptibles de provoquer « la pollénose » dans différents pays : Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, France, Allemagne, Italie, Angleterre, Australie, Danemark.

T. et O. L. publient une liste d'environ 160 graminées que l'on peut rencontrer, selon Warming, à Lagoa Santa et à Bello Horizonte. Mais ils font observer que seules les plantes à pollénisation anémophile présentent de l'importance au point de vue de l'allergie clinique et ils énumèrent les postulats formulés par Thommenn. Les principaux sont les suivants :

1° Pour que des manifestations de « pollénose » apparaissent il faut que le pollen contienne un principe allergénique ;

2° Le pollen doit être anémophile au point de vue du mode de fécondation de la plante. La majorité des graminées satisfont d'ailleurs à ce résultat ;

3° Le pollen doit être produit en grande quantité, ce qui est d'ailleurs également le fait de presque toutes les plantes à fécondation anémophile ;

4° Le pollen doit être suffisamment léger pour être transporté à de grandes distances ;

5° La plante productrice de pollen doit exister en abondance dans la région.

T. et O. L. montrent que la plupart des graminées ne répondent pas à toutes ces exigences et le petit nombre de celles qui peuvent engendrer la « pollénose » peuvent, selon Thommenn, être réparties en quatre groupes :

1° Graminées d'importance primordiale : *phleum pratense, poa pratense, capriola dactylon;* 90 pour 100 des cas de pollénose sont dus à des graminées appartenant à ce premier groupe ;

2° Graminées d'importance secondaire : *dactylis glomerata, holcus halepensis, agropyron repens, anthoxantum odoratum ;*

3° Graminées de moindre importance : *poa annua, festuca elatior, panicum clandestinum, phalaris canarensis, nothoholcus lanatus;*

4° Graminées sans importance : *millet, riz.*

T. et O. L. déclarent, en terminant, que les recherches sur la « pollénose » impliquent d'abord une étude approfondie de la flore régionale en tenant compte des cinq postulats de Thommenn et qu'elles doivent comporter ensuite une étude statistique des tests cutanés pratiqués sur des individus allergiques au moyen d'extraits des divers pollens que l'on peut incriminer.

G. Schreiber.

THE JOURNAL OF THORACIC SURGERY

(Saint-Louis)

E. J. O'Brien, J. C. Day, P. T. Chapman Win, M. Tuttle (Détroit, Mich.). ***Une étude des résultats immédiats et tardifs chez 511 malades soumis à la thoracoplastie*** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **9**, n° 4, Avril 1940, p. 364-375). — 511 malades ont été opérés. Ils ont subi 1.404 temps de thoracoplastie. La mort dans les 14 premiers jours est survenue 36 fois. Entre la 3ᵉ et la 8ᵉ semaine, 12 fois. Au total les morts précoces sont au nombre de 48, soit dans 9,39 pour 100 des cas.

Pendant une période qui va de 2 mois à 6 ans et demi, la mort est survenue 50 fois, soit dans 9,78 pour 100 des cas. La mortalité totale a donc été de 19,17 pour 100.

Parmi les survivants, la caverne a été obturée dans 87,02 pour 100 et les crachats ont disparu dans 81 pour 100 des cas. La fréquence des collapsus semble due à la résection des apophyses transverses.

187 malades sont apparemment guéris, 82 ont leurs lésions stoppées.

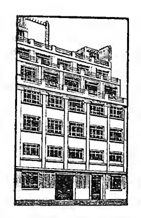
Sur 296 malades, 224 travaillent ou sont capables de travailler.

Cette statistique n'est pas parmi les meilleures quant à la mortalité qui est relativement élevée et nous pensons qu'elle peut être abaissée de moitié. Néanmoins près de 50 pour 100 des opérés sont capables de travailler, ce qui est intéressant pour des malades dont certains avaient des lésions importantes.

B., D., C., et T. reconnaissent, avec raison, que chaque cas est un problème individuel. Mais, d'une façon habituelle, ils ont opéré des malades avec un état général satisfaisant qui ne présentaient pas de signes de toxicité récente, dont les états cardiaques et respiratoires étaient suffisants.

Ils attachent une certaine importance à la bronchospirométrie pratiquée avec l'appareil de Gebauer qui leur permet d'étudier la valeur fonctionnelle de chaque poumon.

Ils ont parfois recours aussi à l'examen trachéo-bronchique qui peut montrer une sténose contre-



LES LABORATOIRES

CRINEX-UVÉ

continuent la fabrication de tous leurs produits :

OPOTHÉRAPIQUES :

CRINEX	biosymplex ovarien total	**PANPHYSEX**	bios* hypophysaire total
OREX	biosymplex orchitique total	**FLAVEX**	biosymplex luteïnique total
FRÉNOVEX	— lutéo-mammaire	**MÉTREX**	biosymplex endomyométrial

RECONSTITUANTS

Gouttes **UVÉ**	**UVÉSTÉROL**

La qualité de ces préparations est garantie, comme auparavant, par de multiples contrôles. Les pharmaciens sont régulièrement réapprovisionnés.

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ



1 av. du Dr Lannelongue, Paris 14e

indiquant une thoracoplastie ou nécessitant une dilatation au cours de la thoracoplastie.

Mais ce qui nous frappe une fois encore c'est combien les opérateurs semblent attacher peu d'importance à l'étendue comparative des radiographies prises sur une longue période, à préciser la forme de tuberculose pulmonaire qu'ils ont à traiter, à tenir compte d'une poussée évolutive plus ou moins récente, de l'agrandissement plus ou moins rapide de la caverne à traiter, etc...

En bref, nous croyons que les résultats seraient meilleurs si les chirurgiens s'attachaient davantage « au côté médical » de la question.

A. MAURER.

Hugh E. Burke (Ray Brook. N.-Y.). ***Le rôle des lymphatiques pleuraux dans la pathogénie des abcès froids de la paroi thoracique et des abcès paravertébraux*** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **9**, n° 5, Juin 1940, p. 506-519, 3 fig.). — Deux méthodes ont été employées. Dans la première, des cobayes, des lapins et des chats ont subi une injection intra-pleurale avec une mixture composée d'un dioxyde de thorium colloïdal et de noir de fumée finement divisé, ces animaux étant radiographiés à certaines périodes, puis tués et autopsiés. Dans la seconde, des cobayes seulement ont été injectés dans l'espace interpleural avec une suspension de bacilles tuberculeux en solution isotonique, et tués à certaines périodes et leurs lésions examinées macroscopiquement et microscopiquement.

A côté de ces recherches expérimentales, des autopsies ont été faites chez l'homme. Toutes ces recherches sont concordantes et montrent le transport des substances injectées, ou des bacilles vers les ganglions parasternaux et paravertébraux.

Ces faits sont bien connus en France depuis les recherches de Lenormant, Fredet, Kaufmann, sur la pathogénie des abcès froids. Nous les avons confirmés à différentes reprises dans nos études sur les péripleurites.

A. MAURER.

PORTUGAL MEDICO

(Lisbonne)

Amandio Tavares. ***Les cellules nerveuses ganglionnaires dans l'appendicite chronique*** (*Portugal Medico*, vol. **24**, n° 6, Juin 1940, p. 189-207). — A. T. rappelle les incertitudes qui règnent encore au sujet de l'appendicite chronique, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomo-pathologique, et il montre que certaines particularités de l'innervation de l'appendice peuvent expliquer certaines manifestations cliniques spéciales produites par son atteinte, notamment lorsque l'on constate une discordance entre la séméiologie clinique et les constatations anatomiques. Cette notion doit donner tout apaisement au chirurgien qui, après ablation de l'appendice, n'y relève pas des lésions aussi importantes qu'il aurait pu supposer d'après les symptômes constatés.

Dans un grand nombre de cas de cet ordre, A. T. a constaté dans la paroi de l'appendice de nombreux éléments présentant les caractères des cellules nerveuses ganglionnaires et groupés en nodules plus ou moins importants. L'examen de plus de 200 appendices lui permet de déclarer qu'il ne s'agit pas de simples coïncidences, mais bien de faits analogues à ceux décrits par Masson, qui a bien mis en relief l'hypergenèse nerveuse dans l'appendicite chronique. Cet auteur a noté l'abondance de cellules argentophiles qui jouent un rôle dans la production de certaines manifestations nerveuses et lui ont permis d'expliquer une forme clinique particulière de cette affection : « l'appendicite neurogène », que certains admettent (Schak, Kiyoshi, Llomblart) en interprétant d'ailleurs différemment le mécanisme pathogénique, et dont d'autres contestent l'existence, tout en reconnaissant qu'il existe une relation entre la symptomatologie douloureuse de l'appendicite et les lésions décrites par A. T.

Déjà, en 1905 et en 1906, Bushi puis Nazari attiraient l'attention sur la quantité extraordinaire de cellules ganglionnaires que l'on peut rencontrer dans les deux tuniques musculaires de l'appendice, et l'un de ces auteurs leur attribuait un rôle important dans le syndrome douloureux de l'appendice.

En 1930, Masson a décrit un « complexe neuromusculaire » de la sous-muqueuse de l'appendice constitué par des faisceaux musculaires anastomosés et se continuant en partie dans la tunique musculaire circulaire, en partie dans la « *muscularis mucosæ* ». Dans la sous-muqueuse, les faisceaux musculaires anastomosés, plexiformes, se mélangent intimement avec les fibres du plexus de Meissner et de ses ganglions. On note rarement la coexistence d'une hyperplasie neuro-argentophile et d'une hypertrophie sympathico-musculaire, ce qui laisse supposer qu'il n'y a pas interdépendance entre les deux systèmes.

A. T. a fait l'examen histo-pathologique de 316 appendices, dont 288 ont été enlevés à froid avec le diagnostic de : appendicite chronique primitive, appendicite chronique consécutive à un épisode aigu, appendicite à rechutes. Sur ce nombre, 86 présentaient une structure normale ou des modifications très légères, alors qu'on avait noté des accidents douloureux plus ou moins intenses et des troubles digestifs d'ordre réflexe. Dans un grand nombre de ces cas, l'examen histologique révélait l'existence d'une innervation profuse, caractérisée par un réseau abondant de gros faisceaux nerveux disposés en mailles irrégulières dans la sous-muqueuse et par de nombreuses fibres réparties dans les espaces interglandulaires. Le nombre des cellules ganglionnaires de la sous-muqueuse, et surtout du plexus mésentérique, est augmenté. L'hypertrophie et l'hyperplasie des filets nerveux consécutive à l'inflammation de l'appendice provoque un processus de néoformation qui peut être comparé aux névromes des membres amputés, et ces constatations confirment la valeur de la « neuromatose appendiculaire » étudiée par Masson, Colle, Lazzarini, Rabboni, Belluffi, Llombart.

G. SCHREIBER.

LIJECNIKI VJESNIK

(Zagreb)

B. Pericic (Split). ***Les cas de pustule maligne traités de 1905 à 1938*** (*Lijecniki Vjesnik*, an. **61**, n° 7, Juillet 1939, p. 382). — Voici, d'après un résumé en anglais, les résultats d'une étude de 150 cas de pustule maligne traités par l'auteur lui-même de 1905 à 1938. Sur ces cas, 94 ont été vus de 1905 à 1920 à l'hôpital de Zara, et 56 de 1923 à 1938 à l'hôpital de Split. Les cas les plus nombreux se sont présentés en 1906 (13), 1908 (10), 1920 (16) et 1931 (12).

Le diagnostic fut d'abord purement clinique, puis la recherche du bacille fut régulièrement poursuivie; elle a montré le plus souvent leur présence abondante comme dans une culture pure.

Le traitement fut d'abord ainsi composé : teinture d'iode localement et pansement humide à la solution de Burow; puis, la plaie nettoyée, pansement antiseptique usuel. Le matin, 0 *g.* 50 de quinine, et l'après-midi, 0 *g.* 10 de pyramidon. Alimentation légère. Le résultat fut, sur 100 cas, 96 guérisons, 4 morts, avec une série de 57 succès consécutifs. Sur les 4 morts, il en est une qui ne peut être comptée, puisque le malade, après 2 heures de séjour à l'hôpital, sans traitement, retourna chez lui et mourut dans la nuit. La mortalité est donc, pour ce premier groupe, de 3,03 pour 100.

Une seconde série fut de 50 cas en 14 ans, sur lesquels 37, qui reçurent en plus du sérum anticharbonneux, ont donné une mortalité de 2 cas, soit 5,4 pour 100. Les 13 autres cas furent traités sans sérum et donnèrent 1 mort.

Il y a donc en tout 112 cas traités sans sérum, pour lesquels la mortalité a été de 3,5 pour 100. Ce serait 4,4 pour 100 pour qui voudrait compter le cas de mort sans traitement.

Les doses de sérum, en injection intramusculaire, car la voie intraveineuse est parfois très dangereuse, furent 7 fois de 10 cm^3, 20 fois de 20 cm^3, 3 fois de 40 cm^3 et 1 fois de 50 cm^3. Un des malades guéris reçut, en plus de 20 cm^3 de sérum, 0 *g.* 45 de néosalvarsan, et un de ceux qui moururent reçut 20 cm^3 de sérum et 0 *g.* 30 de néosalvarsan.

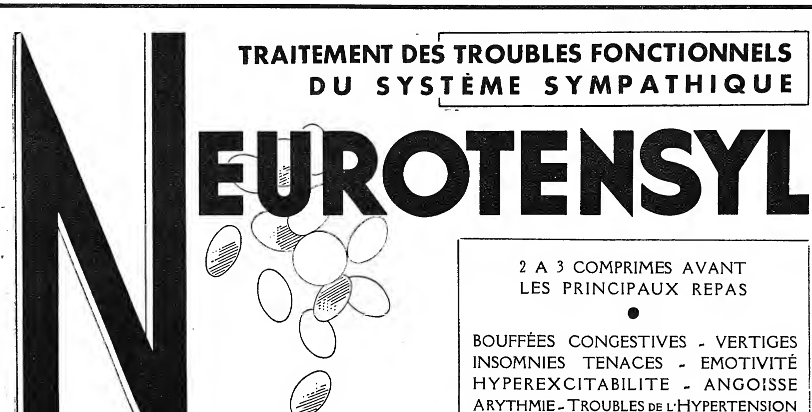
Le sérum s'est donc montré jusqu'ici sans influence sur le cours de la maladie et n'a en aucun cas assuré de meilleurs résultats; mais, comme il est sans danger, il sera à l'avenir donné à plus forte dose, pour arriver à juger définitivement de sa valeur.

La mortalité plus forte, généralement notée, ne doit donc pas être attribuée à la sérothérapie en usage, mais à une moindre activité du traitement chirurgical de la pustule.

C'est un même observateur consciencieux qui, par une longue expérience personnelle, pourra faire progresser les résultats déjà obtenus.

P. GRISEL.





TERCINOL

Véritable Antiseptique du Docteur de Christmas (Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport à l'Académie de Médecine)

PUISSANT ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

S'oppose au développement des microbes - Combat la toxicité des toxines par son action neutralisante et cryptotoxique

Décongestionne • Calme • Cicatrise

Applications classiques :

ANGINES - LARYNGITES STOMATITES - SINUSITES
1/2 cuillerée à café par verre d'eau chaude en gargarismes et lavages

DÉMANGEAISONS, URTICAIRES, PRURITS TENACES
anal, vulvaire, sénile, hépatique, diabétique, sérique
1 à 2 cuill. à soupe de Tercinol par litre d'eau en lotions chaudes répétées
EFFICACITÉ REMARQUABLE

MÉTRITES - VAGINITES - PLAIES VARIQUEUSES
1 à 2 cuillerées à café par litre d'eau chaude en injections ou lavages.

Littérature et échantillons : Laboratoire R. LEMAITRE, 247 bis, rue des Pyrénées, Paris

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES (Paris)

Girard. *Polymorphisme du chancre syphilitiques à son extrême début* (*Annales des maladies vénériennes*, t. 35, n° 6, Juin 1940, p. 161-164). — Quand on a l'occasion d'observer des chancres syphilitiques tout au début, au cours de visites sanitaires, par exemple, on peut constater que ce chancre peut revêtir des aspects très variés.

Parfois c'est une *vésiculette jaunâtre*, grosse comme un grain de mil, située sur une petite lèvre ou bien au col (ressemblant à un œuf de Naboth) ; on ouvre cette vésiculette au vaccinostyle ; la sérosité fourmille de tréponèmes.

Ou bien on note une *exulcération en coup d'ongle* entre la petite et la grande lèvre, souple, rosée, analogue à une écorchure traumatique ; la sérosité obtenue par grattage montre des tréponèmes.

Sur le col, où le diagnostic est très difficile, on peut voir une petite exulcération rosée, non creusée, dépolie, non recouverte de muqueuse, arrondie, ou bien une ulcération plus nette, pustule à bords décollés simulant le chancre mou ; le grattage montre des tréponèmes.

Dans l'orifice du col, G. a pu voir en faisant bâiller les lèvres une plaque rouge un peu plus foncée que le reste de la muqueuse ; le grattage donna des tréponémes.

Dans un autre cas, il s'agissait simplement d'une petite traînée rouge sur le col de quelques millimètres de long sur 2 de large, presque rien.

Le chancre peut enfin être précédé d'*herpès* ; la transformation est progressive.

Dans tous ces cas de chancres au début, l'adénopathie manque naturellement.

R. Burnier.

L'ENCÉPHALE (Paris)

J. Dublineau et H. Duchène. *Recherches sur 100 malades du Service spécial des aliénés alcooliques de la Seine* (*L'Encéphale*, An. 34, t. 2, n° 1, 1939-1940, p. 275-311). — Cette enquête porte sur les points suivants : habitudes alcooliques, âge et origine, conditions d'admission, milieu familial, antécédents, signes d'imprégnation, syndrome clinique. D. et L. distinguent, parmi ces 100 malades, des non-buveurs, des buveurs douteux ou modérés, des buveurs avérés.

Les vrais buveurs absorbent à la fois vin et alcool. L'âge des deux tiers d'entre eux varie de 30 à 50 ans. Les trois quarts ont été internés par suite de troubles du caractère et de réactions violentes, alors que les sujets des autres catégories présentent surtout des syndromes confusionnels ou délirants.

Les buveurs avaient perdu un tiers de leurs enfants, la plupart de convulsions du jeune âge. Ils comptaient près d'un quart de délinquants. Dans leurs antécédents, on relève des traumatismes (36 pour 100 des cas), le paludisme (17 pour 100 des cas), la syphilis (19 pour 100 des cas), mais moins de cas d'épilepsie que chez les buveurs modérés, comme si les sujets prédisposés aux convulsions se montraient intolérants pour le toxique.

Le syndrome d'imprégnation alcoolique gastro-hépato-neurologique ne se retrouve guère que chez la moitié des buveurs. Les modifications pupillaires sont fréquentes, les modifications des réflexes tendineux rares. L'on observe souvent, surtout après les traumatismes, une certaine hypertension artérielle.

Les vrais buveurs se présentent comme des *toxicomanes*, doués d'une affinité spéciale pour l'alcool, une tolérance corrélative, un déficit marqué de la volonté, un terrain spécial « instinctivo-moteur » qui les prédispose aux réactions violentes et persiste après le sevrage.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

H. Mondor, R. Ducroquet et G. Olivier. *Quelques aspects chirurgicaux de la maladie de Kussmaul-Maier* (*Journal de Chirurgie*, t. 54, n° 6, Décembre 1939, p. 604-624). — La maladie de Kussmaul-Maier, la périartérite noueuse, est une maladie rarement diagnostiquée, parfois observée dans les instituts anatomiques et dont on ne connaît que 250 cas au plus. Elle offre un intérêt chirurgical : à sa *phase aiguë* fébrile, par les indications opératoires fausses ou réelles que posent ses localisations et ses complications viscérales, appendicite, hémorragies d'origine rénale ayant pour manifestations hématomes périnéphrétiques et hématuries, infarctus mésentériques, péritonites par perforation du grêle et parfois de l'estomac, hémopéritoine, hémorragies intestinales, pancréatites, complications hépato-biliaires avec ictère; à sa *phase chronique*, d'observation exceptionnelle, par les cicatrices des nécroses périphériques, les lésions rénales et, aux membres, les séquelles des lésions paralytiques et ostéo-articulaires.

L'observation de ce mémoire est remarquable par la longue durée de l'évolution, puisque, chez cette malade âgée de 20 ans, dix années séparent les accidents de la phase aiguë, dont l'histoire à été communiquée en Décembre 1928 par M. Cathala et Mlle Boegner, à la Société médicale des Hôpitaux, des opérations orthopédiques qui ont permis de remédier avec succès aux difformités consécutives des membres qui rendaient la marche impossible.

Le diagnostic de maladie de Kussmaul avait pu être posé lorsque la malade, âgée de 10 ans, fit un séjour de 4 mois à l'Hôpital des Enfants-Malades pour le traitement d'un syndrome complexe dont les éléments sont ainsi énumérés : évolution continue et progressive d'un état infectieux sévère avec anémie et cachexie; pseudo-rhumatisme infectieux avec exanthème polymorphe : œdèmes inflammatoires d'aspect phlegmoneux à localisations multiples dont l'un fit penser à la possibilité d'une ostéomyélite vertébrale et fut incisé; gangrène sèche d'une phalange, nécrose du nez; tachycardie permanente sans signes orificiels; polynévrite et polymyosite; nodules hypodermiques d'artérite noueuse accessibles à la palpation.

L'évolution n'eut pas l'issue funeste redoutée; il y eut encore de la fièvre pendant 6 mois, mais les escarres du coude droit, de l'aine gauche, l'incision de la région vertébrale se cicatrisèrent. La malade, chez elle, réussit à récupérer l'extension de ses genoux et de ses coudes bloqués en demi-flexion. Mais la marche ne put être reprise, sauf pendant 3 mois en 1935 à l'aide d'un appareil de M. Bidou, et c'est après dix années d'immobilisation que la malade se présente pour le traitement orthopédique des séquelles de sa périartérite noueuse. Elle ne peut, même alors, être considérée comme définitivement guérie puisque, avant le mois de Décembre 1938, elle constatait encore l'apparition de nodules sous-cutanés.

Le pied droit est en équin direct avec mobilité tibio-tarsienne, active et passive, de 15 degrés. La phalange unguéale du gros orteil et celles des autres orteils sont en hyperextension dorsale sur les autres phalanges en position normale. La section du tendon d'Achille et l'immobilisation du pied après redressement assurent la correction de ce côté.

Le pied gauche est en varus équin avec ankylose osseuse tibio-tarsienne que corrigent une libération à la gouge des surfaces articulaires et une section du tendon d'Achille.

La correction de ces attitudes vicieuses des pieds a permis la reprise rapide de la marche. La malade conserve une difformité de l'avant-bras et de la main gauches caractérisée par la flexion du poignet, l'hyperextension des premières phalanges et la flexion des deux autres. C'est l'attitude d'une maladie de Volkmann dont la production, consécutive aux lésions artéritiques ischémiantes de la maladie de Kussmaul, présente ici un intérêt pathogénique évident que les auteurs signalent ainsi : « La main gauche présentait une déformation très analogue à celle décrite dans le syndrome de Volkmann. Un examen plus précis révélait l'absence de troubles de la sensibilité et des réflexes, à l'examen électrique tous les muscles répondaient. Les groupes des éminences thénar et hypothénar en particulier ne montraient aucune réaction de dégénérescence. C'est l'aspect même décrit en 1881 par l'auteur allemand : les altérations sont musculaires et ischémiques; les lésions nerveuses n'interviennent pas dans la pathogénie ».

P. Grisel.

R. Gouverneur et P. Aboulker. *Les Implantations urétéro-intestinales ; étude critique des techniques et des résultats éloignés* (*Journal de Chirurgie*, t. 55, n° 6, Juin 1940, p. 481-500). — La connaissance de la physiologie normale de l'excrétion de l'urine au niveau de l'uretère est la base de l'étude critique des techniques et des résultats éloignés des implantations urétéro-intestinales. Cette excrétion urinaire urétérale dépend de l'intégrité de deux fonctions : 1° La contraction péristaltique de l'uretère dont la conservation est liée à celle des éléments nerveux et vasculaires de la gaine urétérale; 2° La protection de l'uretère contre le reflux vésical qui est assurée : *partiellement* par la valvule ostiale et la tonicité de la musculature de l'uretère, laquelle ne comporte pas de couche circulaire continue formant sphincter pour sa partie inférieure, la couche circulaire moyenne de la portion pelvienne s'arrêtant à la vessie; *essentiellement* par la tonicité du muscle vésical agissant sur la portion intramurale de l'uretère.

Ces données normales permettent l'étude physiologique des anastomoses urétéro-intestinales qui doit porter et sur l'uretère sectionné et sur les

LABORATOIRE MÉDICAL
PAUL MÉTADIER
Docteur en Pharmacie — TOURS

MÉTA VACCIN
MÉTA TITANE
MÉTASPIRINE

ANÉMIE - HEMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE

1 à 3 AMPOULES BUVABLES de
GASTRHÉMA
MÉTHODE DE CASTLE
Extrait hydrosoluble d'Antre Pylorique de Porc.
10 gr. d'extrait = 600 gr. d'estomac frais.

Échantillons sur demande de GASTRHÉMA, FRÉNASMA, NÉOSULFA

Le GASTRHÉMA *est admis par les Assurances Sociales et l'Assistance Publique*

Laboratoire du GASTRHÉMA, NEUILLY-SUR-EURE (Orne).



divers types d'anastomose créés par les différentes méthodes opératoires.

L'uretère sectionné conserve son péristaltisme excréteur jusqu'au point de section, à condition que sa gaine vasculo-nerveuse n'ait pas été lésée gravement par la dénudation et les manœuvres d'abouchement intestinal; une lésion légère étant d'ailleurs capable de régénération avec récupération fonctionnelle.

Les procédés d'anastomose sont, au point de vue des possibilités qu'ils offrent de s'opposer au reflux dangereux du contenu intestinal dans l'uretère implanté, divisés en 3 groupes.

L'anastomose directe, favorable au reflux mais qui compte cependant quelques succès (Mann et Beaver).

L'anastomose avec muscularisation de l'uretère, réalisée par la création d'un canal musculaire intestinal autour de l'uretère par une utilisation du procédé de Witzel. Elle ne peut mécaniquement ni favoriser l'excrétion urinaire ni s'opposer au reflux, mais dynamiquement, du fait de la contraction de la couche musculaire de l'intestin et, par suite, du canal musculaire qui enserre la partie terminale de l'uretère abouché, il y a, à chaque contraction, obstacle à l'écoulement de l'urine et au reflux.

L'anastomose avec valvule urétérale conservée ou néoformée. La valvule est conservée dans les procédés: de Maydl avec implantation de la partie terminale de l'uretère entourée d'un segment du trigone vésical et suture des plans correspondants des parois vésicale et intestinale: de Bergenheim-Peters où l'on ne conserve autour du méat urétéral qu'une collerette de muqueuse vésicale que l'on ne suture pas à la muqueuse intestinale après implantation.

La création d'un mécanisme valvulaire est recherchée par les procédés de Coffey I. II et III et leurs modifications par divers chirurgiens. Leur principe commun est le cheminement sous-muqueux dans la paroi de l'intestin de l'uretère sectionné; sa réalisation simple constitue le Coffey I; l'adjonction d'un cathéter urétéral introduit par l'anus s'opposant à l'oblitération œdémateuse post-opératoire et permettant ainsi les implantations bilatérales, caractérise le Coffey II; le Coffey III a été voulu aseptique par la pose d'une ligature sur l'extrémité urétérale, retardant l'abouchement jusqu'à la chute de l'extrémité nécrosée. La critique du fonctionnement de l'anastomose de Coffey n'amène pas à reconnaître la néoformation valvulaire recherchée. Elle n'en est pas moins la plus employée, et elle a donné de nombreux succès à longue échéance; ses avantages tiennent à l'éloignement qu'elle assure, par le tunnel sous-muqueux, entre la brèche d'entrée musculaire et la brèche de pénétration muqueuse. Il n'y a pas ainsi formation d'un bloc unique cicatriciel, mais conservation d'une zone musculaire contractile sphinctérienne. En somme le meilleur procédé sera celui qui assurera ce même résultat en donnant la moindre mortalité opératoire et les accidents immédiats les moins fréquents et les moins graves.

G. et A. ont recherché les résultats éloignés des implantations urétéro-intestinales dans les observations publiées depuis 10 ans (1928-1938) et tirent leurs conclusions de l'étude de 100 cas classés d'après la nature des affections qui ont commandé l'intervention.

Cure de l'exstrophie vésicale et de l'épispadias complet. — 68 observations, dont 66 avec résultats éloignés suivis: plus de 5 ans, 49 (75 pour 100), plus de 10 ans, 33 (50 pour 100) et des succès de 25, 26, 30 et 35 ans.

Cure des fistules vésico-vaginales et urétéro-vaginales. — 21 observations pour les premières, 3 pour les secondes. Sur 24 cas suivis plus d'un an, 10 succès de plus de 3 ans et 5 de plus de 5 ans.

Cure des cancers vésicaux et urétro-vésicaux. — Ici le succès durable dépend de celui de la cystectomie totale qui motive l'implantation. Sur 22 cas 12 furent suivis plus de 2 ans et il y a dans un cas 8 années de survie.

Ces résultats prouvent que les anastomoses urétéro-intestinales sont susceptibles de fonctionner d'une façon suffisante et de permettre la survie prolongée.

Le succès dépend de l'état réno-urétéral, qui devra être exploré, et de la technique de l'opération. La technique de Coffey avec ses variantes est le plus souvent suivie (81 fois sur 100 cas), elle assure des succès à longue échéance et c'est à elle qu'il faut avoir recours car sa mortalité immédiate est la moins élevée. Le Coffey I, en deux temps espacés de 12 à 14 jours, commençant par le côté droit, est le plus simple et le plus souvent choisi. La critique des techniques II et III leur est défavorable, surtout pour la IIIe.

L'étude des résultats a montré par leur groupement quelles sont les indications des anastomoses. Elles sont cependant reprises avec détails.

La conclusion est tout en faveur des anastomoses urétéro-intestinales. Dans les bons cas elles assurent une continence parfaite des urines, gardées de 3 à 5 heures dans le jour et parfois toute la nuit et expulsées seules ou mélangées aux matières, après une sensation de besoin que certains opérés savent différencier.

L'urine, présente dans le recto-côlon, opacifiée par pyélographie intra-veineuse peut être vue, après plusieurs heures de continence, remontant jusque dans le côlon transverse. L'urine ne provoque pas d'altérations de la muqueuse intestinale, et la résorption, si elle existe, est sans effets apparents, en particulier sur le développement de l'enfant.

P. Grisel.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

Ch. Dunet (Le Caire) et **M. Dargent** (Lyon). ***Les suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire*** (*Lyon Chirurgical*, t. **36**, n° 5, 1939-1940). — Les examens bactériologiques des suppurations des kystes de l'ovaire ont d'abord fait connaître la présence des agents de la septicémie puerpérale et du colibacille. Depuis que le bacille d'Eberth a été trouvé, en 1902, dans le pus d'un kyste ovarien d'une malade de Vidal et Ravaut, opérée par Walther, une place a dû être faite aux suppurations typhiques et paratyphiques; cette étude d'ensemble, documentée par 41 observations dont 3 personnelles, leur est consacrée. En voici les conclusions :

« Apparaissant à toutes les époques de l'évolution de la fièvre typhoïde et même très tard après la guérison, les suppurations éberthiennes des kystes de l'ovaire semblent frapper avec prédilection les formes dermoïdes et multiloculaires. Sans doute faut-il voir dans la présence de tissu intestinal bien différencié au sein de ces néoformations une raison d'être de cette relative fréquence.

Il s'agit presque toujours de bacille d'Eberth, parfois de para B. L'un comme l'autre donnent des collections intrakystiques adhérentes, à parois friables, entraînant cliniquement, outre les signes de suppuration, une rapide augmentation de volume de la masse pelvienne. Le diagnostic peut ainsi être soupçonné lorsque la dothiénentérie est connue. Lorsque cette dernière est incertaine ou manque, il est pratiquement impossible.

Le pronostic est relativement favorable; même la rupture n'est pas totalement mortelle, si la malade est opérée au bout de quelques heures; on ne connaît que 2 morts sur 41 cas.

Le traitement est avant tout l'ovariectomie; faute de mieux, une simple marsupialisation peut suffire dans les cas graves et présentant un caractère d'urgence. On est parfois contraint à l'hystérectomie pour pouvoir réaliser une opération complète et drainant bien. La kystectomie est une intervention idéale lorsque la malade a deux ovaires porteurs de kystes, avec une suppuration unilatérale comme c'est la règle. »

Suit le résumé des 41 observations qui se trouvent réunies dans la thèse de Feldstein (Lyon 1937) sur le même sujet.

P. Grisel.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

M. Péhu et **R. Lefebvre des Noettes** (Lyon). ***Le pneumothorax du nouveau-né*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **15**, n° 5, 1939-1940, p. 393-416). — Dans la période post-natale, il n'est pas question de provoquer un pneumothorax thérapeutique. Il n'est donc question dans ce mémoire que de la variété spontanée. D'autre part, il est une cause que, d'emblée, on peut éliminer : à savoir la tuberculose, étant donnée à cette période de la vie la rareté de la tuberculose et l'absence de cette complication pleuro-pulmonaire.

Le pneumothorax est rare chez le nouveau-né. Cependant, on relève dans la littérature médicale un certain nombre de cas de cette affection. Les causes en sont diverses :

a) Ranimation de l'enfant, insufflation bouche à bouche ou au moyen d'un cathéter, fracture de la clavicule ou des côtes ;

b) Rupture d'un ou de plusieurs alvéoles pulmonaires, résultant d'une pénétration très inégale d'air dans l'arbre aérien, lors des premiers mouvements respiratoires, notamment en cas d'hémorragie intra-cranienne ou causes obstétricales amenant de l'atélectasie pulmonaire.

c) Compression trachéale par goître ou par hypertrophie authentique du thymus ;

d) Rupture dans la cavité pleurale, d'un abcès pulmonaire ou d'un îlot broncho-pneumonique suppuré, sous-pleural ;

e) Malformation congénitale des bronches.

Le pneumothorax peut être total, occupant toute la cavité pleurale ou partiel, en manteau. Il peut être unilatéral ou bilatéral ou encore alternant.

Cliniquement, le pneumothorax du nouveau-né se traduit par une dyspnée d'intensité variable, par de la cyanose et le plus souvent du tympanisme de l'hémithorax lésé. L'image radiologique est très typique.

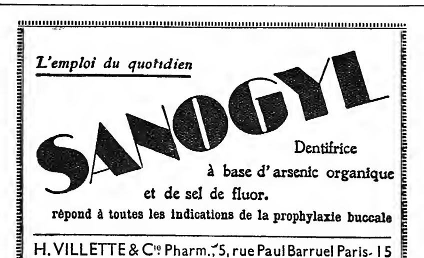
L'évolution, variable, dépend des causes et de l'étendue de l'épanchement gazeux.

La ligne de conduite à conseiller dans la plupart des cas est l'abstention.

G. Schreiber.

REVUE D'IMMUNOLOGIE
(Paris)

G. Ramon, M. Ducosté, R. Richou et **Mlle Buisson. *Développement et localisation des antitoxines diphtérique et tétanique chez l'homme soumis aux injections intracérébrales d'anatoxine spécifique. Considérations sur la prétendue « formation locale » des antitoxines*** (*Revue d'Immunologie*, t. **6**, n° 3, Mai 1940, p. 145-158). — Ehrlich avait émis l'hypothèse que les antitoxines devaient être produites par les cellules sensibles, c'est-à-dire, dans le cas des toxines diphtérique et tétanique, par les cellules nerveuses. Si cette théorie était vraie, on constaterait l'existence d'un taux élevé d'antitoxines dans le liquide céphalo-rachidien avant d'observer leur passage dans le reste de l'organisme. Cette manière de voir n'est confirmée ni par des expériences antérieures faites sur l'animal, ni par les recherches immuno-



ANTIVIRUS
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS-VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES
Littérature et échantillons sur demande
H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens 5, rue Paul Barruel, PARIS-15

25 ANNÉES D'EXPÉRIENCE
CONFORT EFFICACITÉ RÉPUTATION
PTOSES VISCÉRALES
"SULVA"
SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE
Les CEINTURES "SULVA"
AVEC OU SANS PELOTES
RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE
DES FONCTIONS DIGESTIVES
BERNARDON
18, Rue de la Pépinière. PARIS 8e
Tél. Laborde 16-86-17-35



logiques qui font l'objet de cet article. En effet, les dosages d'antitoxine diphtérique et tétanique, faits dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum de sujets qui avaient reçu par voie cérébrale les anatoxines correspondantes soit séparément, soit en mélange, ont montré leur apparition plus précoce dans le sérum. Ce n'est que lorsque leur proportion dans le sang atteint un taux élevé, que l'on commence à pouvoir en déceler dans le liquide céphalo-rachidien et leur taux reste bien inférieur, de l'ordre du centième. Cette disproportion dans la répartition est donc du même ordre que celle qui existe après l'injection sous-cutanée. Ces expériences confirment une fois de plus que la production d'antitoxines n'est en rien gênée par l'injection en mélange de différentes anatoxines. Elles ont montré en outre l'absence de toute trace de toxine dans les anatoxines convenablement préparées et dosées, et que la voie cérébrale est équivalente ou supérieure aux autres, en particulier pour la toxine diphtérique. L'effet favorable paraît dû à la filtration graduelle de l'anatoxine à travers la barrière méningée.

Il résulte de ces constatations qu'il n'y a pas de « formation locale » d'antitoxines puisque celles-ci apparaissent d'abord dans le sang, puis secondairement, et à un taux bien inférieur, dans le liquide céphalo-rachidien.

J. Bretey.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA
(Buenos-Aires)

J. Gonzalez Galvan. ***Emploi de la vitamine C dans les maladies de foie*** (*Revista Medica Latino-Americana*, an. **25**, n° 294, Mars 1940, p. 645-650). — G. rappelle les résultats, obtenus en particulier par les auteurs allemands, dans le traitement par la vitamine C des divers syndromes hémorragiques.

L'efficacité du traitement s'étend aux hémorragies tenaces de l'insuffisance hépatique.

G. a traité des gastrorragies chez des hépatiques, associant avec avantage l'administration de vitamine C à la thérapeutique étiologique.

La vitamine C exerce en outre une action diurétique, que la cure citrique de Labbé met en application : dans les cirrhoses avec ascite, la diurèse s'élève sans que la cellule hépatique toutefois se régénère.

G. a obtenu des améliorations, sous l'action de l'acide ascorbique en injections intraveineuses, dans les hépatites avec carence, lésions muqueuses, ménorragies, notamment les hépatites toxiques par la *chromacrine*.

Il n'a pas noté d'action sensible dans les cholécystites, mais, en revanche, a pu atténuer des pigmentations d'origine surrénale ou hépatique.

G. d'Heucqueville.

J. d'Oliveira Estevez. ***Les éléments constituants du temps de réaction psycho-motrice*** (*Revista Medica Latino-Americana*, an. **25**, n° 294, Mars 1940, p. 667-688). — Les méthodes utilisées pour la mesure du temps de réaction ne fournissent pas toujours, notamment dans la sélection des pilotes, des données que la pratique de l'aviation confirme dans la suite.

En réalité, le temps mesuré se décompose en une phase sensitive de réception et une phase motrice d'exécution.

Le dispositif de Tedeschi cherche à mesurer isolément cette seconde phase: le sujet doit d'abord interrompre une excitation (sonnerie), puis exécuter un geste dont l'achèvement rétablit le circuit. Chaque mesure s'inscrit ainsi par trois signaux A, B, C, qui, dans une suite de mesures, permettent de tracer trois profils de points A, B, C, respectivement.

En comparant de tels profils, donnés par différents sujets, on peut classer ces derniers *à la fois* selon leurs réactions sensorielles et leurs réactions motrices: on distinguera des réactions sensorielles et motrices toutes deux constamment rapides, normales ou lentes, des réactions sensorielles rapides et motrices lentes et inversement, mais constantes, des réactions irrégulières ou inconstantes.

9 reproductions de tracés, 27 références bibliographiques.

G. d'Heucqueville.

G. Gagliardone. ***L'appendicectomie pendant la grossesse*** (*Revista Medica Latino-Americana*, an. **25**, n° 294, Mars 1940, p. 687-690). — G. rappelle les statistiques d'appendicectomies publiées chez les femmes enceintes: Jarlow a opéré, sur 20.000 appendicectomies, 456 femmes enceintes, dont 56 présentaient une péritonite.

Sur 186 appendicectomies, G. a opéré 22 femmes enceintes, dont 4 atteintes d'appendicite aiguë, 11 d'appendicite subaiguë et 7 d'appendicite chronique.

Il recommande l'anesthésie locale et l'incision de Jalaguier.

L'appendicectomie demeure le traitement rationnel de tout syndrome appendiculaire pendant la grossesse.

G. d'Heucqueville.

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILAGRAPHIA
(Rio de Janeiro)

A. P. de Mesquita. ***La cuprothérapie intraveineuse dans les manifestations ganglionnaires inguinales de la maladie de Nicolas-Favre*** (*Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, t. **15**, n° 1, 1940, p. 3-31). — De nombreux traitements ont été préconisés dans la maladie de Nicolas-Favre: antigène de Frei, sels d'antimoine, iodure de sodium, radiothérapie, et plus fréquemment les sulfamides.

Les sels de cuivre ont été vantés par plusieurs auteurs, Fiquene, de Bellard, Petges, Lecoulant et Delas, Gay Prieto; les sels employés furent le sulfate de cuivre ammoniacal, la cuprase, l'électrocuprol, le gadusan (morrhuate cuprique colloïdal).

M. rapporte 14 cas de maladie de Nicolas-Favre traités par le gadusan; il constata que ses malades supportaient bien le traitement et augmentaient de poids. Les fistules se tarirent dans 50 pour 100 des cas avec les 10 premières injections, c'est-à-dire 100 cm^3 de gadusan (43 centièmes de milligramme de cuivre colloïdal). L'adénite diminue rapidement de volume, la régression se faisant de la périphérie au centre; en même temps, l'adénite devient plus consistante. Les malades qui avaient résisté au traitement par l'iodure de sodium virent leurs fistules taries après 200 cm^3 de gadusan.

Les doses employées chez les malades varièrent entre 100 et 500 cm^3 de gadusan en injections intraveineuses (43 centièmes de milligramme à 2 mg. et 15 centièmes de cuivre colloïdal). La dose moyenne fut de 300 cm^3 (30 injections) de gadusan, correspondant à 1 mg. et 29 centièmes de cuivre colloïdal.

M. conclut à l'efficacité du cuivre dans le traitement des manifestations ganglionnaires inguinales de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY
(Boston)

A. W. Grace et **F. Suskind.** ***Transmission du lymphogranulome vénérien au cobaye*** (*The American Journal of Pathology*, t. **16**, n° 2, Mars 1940, p. 169-189). — Alors que la transmission de la lymphogranulomatose inguinale n'avait pu être obtenue jusqu'ici que de façon irrégulière chez le cobaye, G. et S. disent avoir réussi à infecter tous leurs animaux en leur inoculant une certaine souche de virus et cela par des voies très diverses. La transmission put en effet être réalisée en injectant une émulsion de cerveau de souris lymphogranulomateuse sous la peau dans la région de l'aine, dans le derme, dans la muqueuse vaginale, dans le prépuce, dans le testicule et dans la chambre antérieure de l'œil. L'inoculation échoua quand le virus fut introduit dans le péritoine, dans la muqueuse rectale, dans la cornée et dans le cerveau. Quelle que fût la voie employée, la maladie resta toujours localisée et guérit spontanément.

Les lésions essentielles consistaient en formation de tissu granulomateux et infiltration étendue par des polynucléaires, des macrophages et des lymphocytes. Bien que la nécrose fût manifeste dans certains tissus, on ne constata jamais de pus franc, à l'inverse de ce qui se voit dans les lésions humaines.

La nature spécifique des lésions fut démontrée par la production d'une méningo-encéphalite lymphogranulomateuse typique chez la souris et par le fait que les émulsions de tissu lymphogranulomateux inactivées par la chaleur donnaient une réaction de Frei positive chez des sujets lymphogranulomateux.

Le virus inactivé par la chaleur et les émulsions de cerveau de souris normale inoculées de la même façon ne déterminèrent pas de réponse clinique ni histologique prêtant à confusion avec celles dues au lymphogranulome vénérien.

L'inoculation sous-cutanée au niveau de l'aine reproduisit l'aspect de la nature humaine et donna lieu à des masses ganglionnaires particulièrement développées. Il ne se produisit pas d'infection générale. La maladie put être transmise de cobaye à cobaye en injectant sous la peau le tissu ganglionnaire malade.

A la suite de l'inoculation intradermaïque on constata une lésion semblable à la lésion papuleuse ou nodulaire de l'homme. L'inoculation dans le vagin et dans le prépuce donna lieu à des lésions rappelant celles des organes génitaux externes de l'homme, avec extension vers la profondeur et adénopathie satellite. L'injection intratesticulaire causa de l'orchite et de l'épididymite avec réaction ganglionnaire du même côté; l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil, une kératite et de l'iridocyclite.

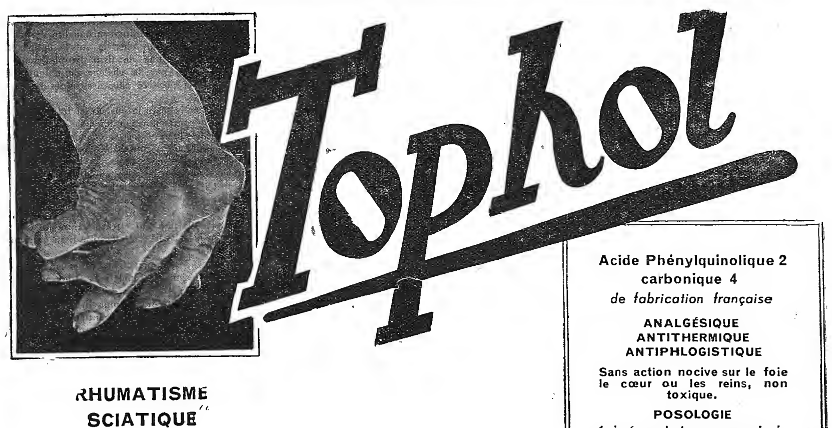
Les cobayes porteurs de lésions en activité ou guéris qui furent inoculés dans le derme avec de l'antigène de Frei présentèrent une réaction comparable à celle donnée par des antigènes de contrôle; on ne peut parler de réaction vraiment positive.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

P. F. Hahn, J. F. Ross, W. F. Bale et **G. H. Whipple.** ***Utilisation du fer et rapidité de la production d'hémoglobine dans l'anémie due à des pertes sanguines*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **71**, n° 6, Juin 1940, p. 731-736). — Ces expériences faites avec le fer radioactif de Wilson et Kamen montrent que son utilisation dans l'organisme est rapide et facile; il apparaît sous forme d'hémoglobine dans les globules rouges au bout de peu d'heures chez le chien rendu anémique par soustraction ménagée de sang. On peut déceler ce fer radioactif dans les hématies circulantes 4 heures après l'ingestion. Au bout de 24 heures on en trouve des quantités considérables. Le fer absorbé est entièrement converti en hémoglobine en 4 à 7 jours dans les conditions d'anémie typiques réalisées chez ces chiens.





TERCINOL

Véritable Antiseptique du Docteur de Christmas (Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport à l'Académie de Médecine)

PUISSANT ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

S'oppose au développement des microbes - Combat la toxicité des toxines par son action neutralisante et cryptotoxique
Décongestionne • Calme • Cicatrise

Applications classiques :

ANGINES - LARYNGITES STOMATITES - SINUSITES
1/2 cuillerée à café par verre d'eau chaude en gargarismes et lavages

DÉMANGEAISONS, URTICAIRES, PRURITS TENACES
anal, vulvaire, sénile, hépatique, diabétique, sérique
1 à 2 cuill. à soupe de Tercinol par litre d'eau en lotions chaudes répétées
EFFICACITÉ REMARQUABLE

MÉTRITES - VAGINITES - PLAIES VARIQUEUSES
1 à 2 cuillerées à café par litre d'eau chaude en injections ou lavages.

Littérature et échantillons : Laboratoire R. LEMAITRE, 247 bis, rue des Pyrénées, Paris

Quand la production des globules rouges a été accélérée par l'ingestion de fer ou grâce à des facteurs diététiques, ou quand la dose de fer est très petite, le chien peut utiliser sous forme d'hémoglobine presque tout le fer radio-actif absorbé en 2 ou 3 jours.

D'une façon générale l'absorption du fer radio-actif, comme le montre son utilisation pour former de l'hémoglobine chez les chiens anémiques, est meilleure quand il est donné à petites doses et en ingestion unique. Quand les doses sont augmentées, le pourcentage d'absorption décroît rapidement.

P.-L. Marie.

J. D. Trask, J. R. Paul et **A. J. Vignac.** ***Présence du virus poliomyélitique dans les selles humaines*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 71, n° 6, Juin 1940, p. 751-765). — Kling, en se servant de l'inoculation intranasale au singe, a montré la présence fréquente du virus poliomyélitique dans les selles des convalescents ainsi que sa permanence relative dans ce milieu. T., P. et V., en employant l'éther pour débarrasser les selles des germes associés et l'inoculation intrapéritonéale, et parfois intracérébrale chez *Macacus rhesus*, ont réussi à mettre en évidence le virus dans 10 selles provenant de 8 sujets atteints de poliomyélite à la période d'état ou convalescents de cette maladie. Dans un cas il s'agissait d'une forme abortive. Ces selles positives furent trouvées parmi 56 échantillons provenant de 53 personnes se trouvant dans les quatre premières semaines de la maladie. Il semble que la constatation du virus soit plus aisée dans les formes non paralytiques de l'affection et chez les patients les moins âgés. Chez aucun des sujets-contacts on ne put déceler le virus. Les résultats négatifs obtenus avec les selles des sujets témoins, sains ou atteints d'affections aiguës diverses, suggèrent l'utilisation possible de l'examen des matières fécales dans l'étude épidémiologique de la poliomyélite.

La longue survie du virus dans les selles est montrée par sa persistance malgré des envois par poste à longue distance, et même à travers l'Atlantique, et par sa résistance à la grande chaleur de l'été.

Son abondance dans les selles peut être assez grande puisque chez un malade il suffit d'un gramme de matières fécales pour infecter le singe.

P.-L. Marie.

J. R. Paul, J. D. Trask et **S. Gard.** ***Présence du virus poliomyélitique dans les eaux d'égout des villes*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 71, n° 6, Juin 1940, p. 765-779). — La résistance à la destruction du virus poliomyélitique dans les selles laisse penser qu'il doit se rencontrer dans les eaux d'égout lors des épidémies. P., T. et G. ont examiné à cet égard les eaux résiduaires de Charleston, de Detroit et de Buffalo au cours d'épidémies importantes. Dans les deux premières villes ils ont pu mettre en évidence le virus après traitement des eaux suspectes par l'éther, parfois suivi de précipitation par le sulfate d'ammoniaque à 50 pour 100 dans le but de concentrer le virus dans le précipité. L'inoculation a été faite par voie péritonéale au *Macacus rhesus* et le virus a été rigoureusement identifié.

De leurs recherches ils concluent que le virus poliomyélitique peut être isolé des eaux d'égout des villes durant les épidémies, qu'il n'est pas toujours facile à déceler, qu'il est plus aisé à mettre en évidence au voisinage des hôpitaux d'isolement que partout ailleurs, qu'après les épidémies son isolement devient très problématique (cas de l'épidémie de Buffalo avec ses résultats négatifs), qu'il peut être enfin transporté à une centaine de mètres par les eaux d'égout contaminées.

P.-L. Marie.

S. Gard. ***Méthode pour déceler le virus poliomyélitique dans les selles et les eaux d'égout*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 71, n° 6, Juin 1940, p. 779-786). — G. a essayé de concentrer le virus poliomyélitique dans les selles et les eaux d'égout et d'éliminer les fractions toxiques ne contenant pas le virus.

Après addition d'éther (10 à 15 pour 100 du volume des produits à traiter) pour se débarrasser de la majorité des bactéries associées, il a précipité la suspension aqueuse par le sulfate d'ammoniaque à 50 pour 100. Il a constaté qu'après ce traitement l'agent de la poliomyélite est encore capable de déterminer la maladie quand on l'injecte dans le péritoine du singe et qu'il ne semble pas perdre de son activité.

En soumettant le précipité obtenu à la dialyse en sac de cellophane, on obtient un produit d'un volume plus restreint et moins toxique pour les singes que le matériel original.

Cette méthode peut être appliquée aux recherches sur le pouvoir infectant des selles aussi bien que des eaux d'égout.

P.-L. Marie.

H. S. N. Greene. ***Mutation naine chez le lapin*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 71, n° 6, Juin 1940, p. 839-857). — On a décrit des formes héréditaires de nanisme chez l'homme, la souris, le cobaye et le rat. Chez l'homme on a différencié deux types: le nanisme primordial, où le retard de développement est apparent à la naissance; le nanisme infantile, dans lequel les sujets sont de taille normale à la naissance, mais cessent de se développer pendant la première enfance. On ignore les facteurs en jeu dans le premier type, tandis que l'achondroplasie, le rachitisme, des anomalies de la thyroïde ou de l'hypophyse interviennent dans la pathogénie du second. Contrairement aux nains décrits chez la souris, le cobaye et le rat, qui appartiennent au second type, ceux dont il est question ici se rangent dans le premier type.

L'anomalie est héréditaire et déterminée par un facteur récessif simple. Chez les animaux homozygotes la variation donne lieu à un animal en miniature qui n'a que le tiers de la taille des rejetons normaux et elle n'est pas compatible avec la vie. Ce facteur se manifeste également chez les animaux hétérozygotes, se traduisant par une diminution de la taille d'un tiers environ à la naissance; jamais la taille normale n'est atteinte pendant la vie.

Quand on examine les lapins nains ordinaires, on ne trouve pas le point d'action de ce facteur. Mais l'étude de quelques survivants issus de croisements avec une lignée crétinoïde laisse penser que l'organe primitivement affecté par la variation héréditaire est l'hypophyse. On constate en effet chez eux de l'hyperplasie des cellules acidophiles du lobe antérieur et de l'atrophie des glandes génitales, modifications qui font défaut chez les nains non issus de semblable croisement. G. en conclut que cette hyperplasie représente l'influence des facteurs modificateurs de la lignée crétinoïde et fournit l'hormone de croissance responsable de la survie, tandis que l'hormone gonadotrope n'est pas sécrétée, d'où atrophie des glandes génitales.

L'effet primitif du gène conditionnant le nanisme serait une inhibition des fonctions sécrétoires de l'hypophyse, inhibition complète chez les homozygotes, partielle chez les hétérozygotes. Le facteur modificateur de la lignée crétinoïde agirait ou en supprimant en partie l'inhibition, ou en altérant la constitution de l'animal, en sorte que la vie est possible pour une courte période sans le complément total des hormones hypophysaires.

P.-L. Marie.

RASSEGNA DI MEDICINA INDUSTRIALE (Turin)

Ferrarini. ***La maladie de Dupuytren peut-elle être considérée comme une maladie professionnelle?*** (*Rassegna di Medicina Industriale*, an. 11, n° 2, 1940, p. 70-97). — Etude documentée qui résume les opinions et les statistiques des divers auteurs qui ont cherché à résoudre le problème. La maladie de Dupuytren ou rétraction de l'aponévrose palmaire est considérée par quelques auteurs comme ayant une origine professionnelle (traumatismes répétés); d'autres contestent cette opinion et croient à une cause générale, diathésique, nerveuse, etc...

Pour admettre ou non l'étiologie professionnelle et traumatique de la maladie de Dupuytren, la plupart des auteurs ont basé leurs recherches sur la fréquence plus ou moins grande de cette malformation chez les manuels. Réunissant diverses statistiques européennes, l'auteur indique que sur 1.317 cas de maladie de Dupuytren, 864 furent observés chez des manuels (65 pour 100) et 453 (35 pour 100) chez des intellectuels. Mais une telle statistique n'a qu'une valeur relative. Tout dépend, en effet, du nombre de sujets examinés dans chaque catégorie. Il faut tenir compte de l'âge des sujets, de leurs antécédents héréditaires, ce qui peut amener un renversement des proportions de chaque catégorie, et aussi des erreurs de diagnostic, particulièrement de l'assimilation à la maladie de Dupuytren de manifestations un peu différentes, telles que callosités, rétractions tendineuses cicatricielles, etc...

En réalité, la maladie de Dupuytren n'est pas fréquente : 1 à 4 pour 1.000 en Italie, d'après Ferrarini; 2,5 pour 1.000 en Russie (Serstow); 1,5 pour 1.000 en Allemagne (Schnitzer); 0,35 pour 1.000 aux Etats-Unis (Kanavel). Elle est exceptionnelle chez les jeunes sujets; on l'observe davantage dans la seconde moitié de la vie, après 50 ans et plutôt vers la soixantaine.

En résumé, les statistiques ne permettent pas de conclure d'une façon formelle que le travail manuel agit de façon essentielle pour produire la rétraction de l'aponévrose palmaire. Dans deux pays seulement, la Russie et la Hollande, la maladie de Dupuytren donne droit à réparation.

A. Feil.

RECALCIFICATION DE L'ORGANISME

TRICALCINE

FRACTURES
OSTÉOPOROSE
OSTÉOMALACIE
RECALCIFICATION

POUDRE, COMPRIMÉS, CACHETS
GRANULÉS, INJECTABLE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal – Paris, IXe

INTOXICATIONS
INFECTIONS
TUBERCULOSE
CONVALESCENCES

•UROMIL•

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE – PIPÉRAZINE – HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE
DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE
URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

LABORATOIRES UROMIL – 19, RUE DROUOT – PARIS – (9e)

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané

ABCÈS-PHLEGMONS
FURONCLES



REG. COMM. PARIS 75.453

DERMATOSES-ANTHRAX
BRÛLURES

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, et toutes Pharmacies.